



**Filipa Daniela
Lourenço da Silva**

**Estudo Comparativo: Distress Emocional,
Qualidade de Vida e Otimismo no Cancro da Mama
Avançado e na Sobrevivência**



**Filipa Daniela
Lourenço da Silva**

**Estudo comparativo: Distress Emocional, Qualidade
de Vida e Otimismo no Cancro da Mama Avançado e
na Sobrevivência**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Vejo a concretização desta dissertação como um paradoxo, uma vez que marca o fim de uma importante etapa da minha vida e o início de outra, igualmente importante. Esta só foi possível devido à cooperação de algumas pessoas, a quem deixo o meu sincero obrigado.

À Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires, pela motivação na orientação, pelo empenho, pela paciência, pelo apoio e contínua disponibilidade, pela capacidade de estímulo, pela partilha de conhecimentos, pelas sugestões dadas e pelas conversas e comentários reflexivos, que me permitiram alargar os meus conhecimentos e ultrapassar muitos dos obstáculos encontrados ao longo do trabalho.

À equipa do Centro Hospitalar de São João, E.P.E, nomeadamente à Comissão de Ética do CHSJ por me terem possibilitado o acesso à amostra e à equipa do Centro de Mama, local onde decorreu o meu estágio curricular e recolha da amostra, por me terem aberto as portas à investigação na área da psico-oncologia. Não poderia deixar de agradecer profundamente à Dra. Raquel Guimarães, que me orientou no estágio e que, apesar de não ter a incumbência de me ajudar neste trabalho, desde o início contribuiu para que esta investigação fosse possível de avançar. Um obrigada sincero e muito especial pela ajuda na recolha da amostra, pela motivação, pela força, pela dedicação, pela partilha de conhecimentos e, acima de tudo, por sempre ter acreditado em mim.

Os meus especiais agradecimentos vão para a minha Família e para o Pedro, a quem dedico esta dissertação.

À minha família, em particular aos meus pais, quero agradecer todos os sacrifícios que fizeram de boa vontade para me possibilitar sempre uma vida com mais oportunidades, principalmente a oportunidade de continuar a fazer aquilo que gosto. Sem vocês não seria possível... Obrigada!

Às minhas irmãs, que à vossa maneira peculiar sempre me deram apoio e sempre acreditaram em mim.

E ao Pedro agradeço por tudo, pelo amor, pela amizade, pela tolerância face à minha irritabilidade marcada nesta fase, pela simples presença física mesmo quando a minha atenção estava 100% voltada para a tese. A tua visão sobre a vida, a admiração e o amor que sinto por ti sempre me motivaram em tudo que faço. Sem ti também não seria possível... Obrigada!

Por último, e não menos importante, a todas as mulheres que aceitaram despende o seu tempo e participar no presente estudo, um obrigada muito especial pela partilha das suas experiências e sentimentos, nem sempre fáceis. Sem a vossa ajuda a realização deste trabalho não teria sido possível, e nem faria sentido algum... Obrigada!

palavras-chave

Cancro da mama avançado, sobreviventes de cancro da mama, distress emocional, qualidade de vida, otimismo.

resumo

O cancro da mama é o segundo tipo de cancro mais comum, representando 10.9% de todos os casos de cancro diagnosticados mundialmente e ocupa a quinta posição como causa de morte. Este tipo de neoplasia maligna é também a mais frequente entre as mulheres em países desenvolvidos e a principal causa de morte por cancro em todo o mundo. Em Portugal, é também o tipo de cancro com maior taxa de incidência nas mulheres, sendo a principal causa de morte por neoplasia no sexo feminino. O presente estudo tem como objetivo investigar as reações psicossociais que podem estar presentes nas mulheres com cancro da mama, em estadio avançado da doença, nomeadamente o *distress* emocional, a qualidade de vida e o otimismo e comparar com as mulheres sobreviventes de cancro da mama. A amostra foi constituída por 40 mulheres, distribuídas por dois grupos distintos, 20 sobreviventes de cancro de mama e 20 em estadio avançado. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: um Questionário Sociodemográfico e Clínico; a *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS); o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9); o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30); e o *Life Orientation Test Revised* (LOT-R). Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas nos dois grupos ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, medida pela HADS. Ao nível do PHQ-9, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram significativamente menos sintomas depressivos do que as mulheres sobreviventes de cancro da mama. No que concerne à QdV, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram diferenças estatisticamente significativas, com melhor QdV nas subescalas funcionamento emocional e social e pior QdV na subescala funcionamento físico do que as sobreviventes. Relativamente ao otimismo, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram um otimismo significativamente mais elevado do que sobreviventes. Este trabalho vem contribuir para diminuir uma lacuna de investigação na área do cancro avançado, que tem vindo a ser identificada a nível nacional e internacional. Particularmente em Portugal, este trabalho é ainda mais relevante, pois que seja do nosso conhecimento não se têm realizado estudos empíricos que investiguem esta população. São indicadas conclusões e implicações clínicas e de investigação, com base nos resultados e no confronto com a revisão da literatura efetuada.

keywords

Advanced breast cancer, breast cancer survivors, emotional distress, quality of life, optimism.

abstract

Breast cancer is the second most common type of cancer, representing 10.9% of all cases of cancer diagnosed worldwide and occupies the fifth position as cause of death. This type of malignant neoplasia is also the most frequent among women in developed countries and is the leading cause of cancer death in the world. In Portugal, it is also the type of cancer with the higher rate of incidence in women, being the main cause of death by neoplasia in females. The aim of the present study was to investigate the psychosocial reactions that may be present in women with breast cancer, in advanced stage of the disease, particularly the emotional distress, quality of life and the optimism and compare with women survivors of breast cancer. The sample was composed of 40 women, distributed by two distinct groups, 20 survivors of breast cancer and 20 in advanced stage. The instruments used were the following: Sociodemographic and Clinical Questionnaire; Hospital Anxiety Depression Scale (HADS); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30); Life Orientation Test Revised (LOT-R). The results indicated that there are no significant differences between the two groups in terms of depressive and anxious symptomatology, measured by HADS. In terms of PHQ-9, the women with advanced breast cancer had significantly less depressive symptoms than women survivors of breast cancer. In regards to QoL, women with advanced breast cancer presented significant statistic differences, with better QoL sub-scales of emotional and social functioning and worse QoL sub-scales of physical functioning than the survivors. In terms of optimism, women with advanced breast cancer had a significant higher optimism than survivors. This work will contribute to decrease a gap in research in the area of advanced cancer, which has been identified at national and international levels. Particularly in Portugal, this work is even more relevant, because to our knowledge there has not been performed empirical studies that investigate the population. There are indicated conclusions and clinical and research implications, on the basis of the results and in the comfort of the literature review performed.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Índice.....	vii
Índice de Quadros	viii
Lista de Abreviaturas	ix
Introdução	1
Método.....	7
Participantes	7
Instrumentos	11
Questionário sociodemográfico e clínico.....	12
<i>Hospital Anxiety Depression Scale</i>	12
<i>Patient Health Questionnaire-9</i>	13
<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>	
<i>Core-30</i>	14
<i>Life Orientation Test Revised</i>	15
Procedimentos	15
Resultados	16
Discussão.....	23
Referências Bibliográficas	32
Anexos.....	44
Anexo A - Pedido de autorização formal para a utilização das escalas.....	45
Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico	49
Anexo C - <i>Hospital Anxiety Depression Scale</i>	51
Anexo D - <i>Patient Health Questionnaire-9</i>	52
Anexo E - <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life</i>	
<i>Questionnaire Core-30</i>	53
Anexo F - <i>Life Orientation Test - Revised</i>	55
Anexo G - Parecer da Comissão de Ética.....	56
Anexo H - Informação ao Participante	60
Anexo I - Consentimento Informado.....	61

Índice de Quadros

Quadro 1.....	9
Quadro 2.....	10
Quadro 3.....	18
Quadro 4.....	20
Quadro 5.....	22

Lista de Abreviaturas

APA - *American Psychological Association*

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

DP - Desvio Padrão

EORTC QLQ C30 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30*

HADS - *Hospital Anxiety Depression Scale*

HADS-A - *Hospital Anxiety Depression Scale - Anxiety*

HADS-D - *Hospital Anxiety Depression Scale - Depression*

LOT-R - *Life Orientation Test Revised*

M - Média

n - Número de participantes

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Valor de significância

PHQ-9 - *Patient Health Questionnaire-9*

QdV - Qualidade de vida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Introdução

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo, representando a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda nos países em desenvolvimento (Jemal et al., 2011). Estima-se que, em 2008, foram diagnosticados 12.7 milhões de novos casos de cancro, dos quais 7.6 milhões resultaram em morte, representando 13% das mortes ocorridas no mundo (Ferlay et al., 2010; Jemal et al., 2011; OMS, 2008). A incidência e prevalência de doenças oncológicas continuam a aumentar exponencialmente, em grande medida devido ao crescimento e envelhecimento da população, ao lado de uma crescente adoção de comportamentos de risco (Jemal et al., 2011).

O cancro da mama é o segundo tipo de cancro mais comum, representando 10.9% (1.38 milhões) de todos os casos de cancro diagnosticados mundialmente, depois do cancro do pulmão (Ferlay et al., 2010). Este último continua a ser o mais comumente diagnosticado (1.6 milhões, 12.7% do total) e responsável pelo maior número de mortes por cancro (1.4 milhões de mortes, 18.2%). Enquanto que o cancro da mama ocupa a quinta posição como causa de morte (458 mil mortes, 6.1%) (Ferlay et al., 2010), sendo o mais frequente entre as mulheres em países desenvolvidos e a principal causa de morte por cancro em todo o mundo. Do total de novos casos de cancro diagnosticados nas mulheres, 23% são por cancro da mama, dos quais 14% resultam em morte (Ferlay et al., 2010; Jemal et al., 2011). Em Portugal, é também o tipo de cancro com maior taxa de incidência nas mulheres, representando cerca de 4300 novos casos diagnosticados e 1500 óbitos (17% do total de mortes por causa oncológica), sendo a principal causa de morte por neoplasia no sexo feminino (Bastos, Barros, & Lunet, 2007; Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2004; George, 2012).

Os progressos técnicos e científicos na detecção precoce e no tratamento do cancro da mama têm mudado o decurso da doença, contribuindo para um aumento significativo da esperança média de vida e, desta forma, do número de sobreviventes (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006; Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011). De acordo com Feuerstein (2007), referimo-nos a sobreviventes de cancro da mama às mulheres que receberam um diagnóstico de cancro da mama e que já terminaram a fase ativa de tratamento. Alguns autores, contudo, definem a pessoa como sobrevivente de cancro se vive além dos cinco anos após o tratamento (Reuben, 2004; cit. por Pinto & Pais-Ribeiro, 2006). Estima-se que existam cerca de 4.4 milhões de mulheres em todo o mundo e 18.265 em Portugal, a quem foi diagnosticado cancro da mama nos 5 anos antecedentes (Ferlay et al., 2004).

Porém, apesar dos avanços no tratamento do cancro da mama, algumas mulheres podem desenvolver doença avançada, ou seja, apresentar um tumor maligno em estadio IV (O'Shaughnessy, 2005). De acordo com a *American Cancer Society* (2014), referimo-nos a cancro

avançado quando é diagnosticado em estadio IV, ou quando progrediu para um estado mais grave, e não pode entrar em remissão independente das terapêuticas disponíveis utilizadas. Um termo similar, muitas vezes usado como sinónimo, é cancro metastizado, circunstância em que um tumor maligno se disseminou a partir do local de origem para outras partes distantes do corpo. Especificamente no cancro da mama, as metástases mais comumente diagnosticadas são ao nível ósseo, no entanto, também podem ocorrer noutras partes do corpo, nomeadamente no fígado, nos pulmões ou no cérebro (*American Cancer Society*, 2014). O número de novos casos de cancro da mama avançado diagnosticados, a cada ano, é desconhecido, não estando assim reunidas estatísticas referentes à sua incidência e prevalência. Apesar da ausência de estatísticas, sabe-se que o diagnóstico inicial de cancro da mama avançado é raro, ocorrendo apenas em cerca de 6-10% dos casos recém-diagnosticados. Por sua vez, as recorrências metastáticas compreendem a maior parte de casos diagnosticados de cancro da mama avançado e estima-se que cerca de 20 a 30% das mulheres, com diagnóstico de cancro da mama em estadios iniciais de doença, podem, eventualmente, desenvolver doença avançada (O'Shaughnessy, 2005).

Não obstante o aumento significativo da probabilidade de cura nos últimos anos, o diagnóstico de cancro da mama continua a ser um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático (Cordova et al., 2007; Montarezi, 2008). Em resposta a esta situação, pode ser desencadeada uma sucessão de dificuldades psicológicas (Glińska, Adamska, Lewandowska, & Kobos, 2012), resultando, frequentemente, em níveis significativos de ansiedade e depressão (Glińska et al., 2012; Kissane et al., 1998; Schwarz et al., 2008; Silva, Moreira, & Canavarro, 2009) e alterações na qualidade de vida (QdV) (Bloom, Kang, Petersen, & Stewart, 2007; Fallowfield, 1995; Kissane et al., 1998). Nos últimos anos, muitos investigadores têm-se dedicado ao estudo da QdV e da adaptação psicossocial da mulher com cancro da mama (Bardwell et al., 2004; Carver, 2005; Helgeson & Tomich, 2005), em diferentes fases da doença. Ainda que a maioria se tenha centrado na fase inicial da doença, nomeadamente na QdV e reacções psicossociais associadas ao diagnóstico e tratamentos, atualmente tem vindo a ser dada uma maior atenção ao período de sobrevivência e às respostas que lhe estão associadas (Tomich & Helgeson, 2002). Ao invés, no cancro da mama avançado, que seja do nosso conhecimento, tem-se realizado poucos estudos empíricos que investigam esta população.

No que se refere ao *distress* psicológico, que se entende por sofrimento emocional em Portugal, apesar da dificuldade de tradução do termo, a literatura tem apontado para a presença de níveis normativos de sintomatologia depressiva e ansiosa nas sobreviventes de cancro da mama. Muitos estudos referem que a maioria das sobreviventes apresenta bom ajustamento psicológico, muitas vezes semelhantes às mulheres que não tiveram cancro (Ashing-Giwa, Ganz, & Petersen, 1999; Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004; Bloom et al., 2007; Dorval, Maunsell, Deschenes,

Brisson, & Masse, 1998; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2003; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2005; Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Tomich & Helgeson, 2002). Ainda assim, uma parte significativa das sobreviventes de cancro da mama ostenta dificuldades significativas de adaptação a esta fase (Moreira et al., 2008), apresentando sofrimento psicológico significativo, maior do que a população normal, que pode comprometer a QdV ou alguns domínios e interferir com o funcionamento e bem-estar (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Fallowfield, Hall, Maguire, & Baum, 1990; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008). Por exemplo, numa revisão de literatura, Massie (2004) verificou que as sobreviventes de cancro da mama apresentavam um risco aumentado de depressão (entre 22% a 30%), quando comparadas com mulheres com doenças benignas da mama (menos de 10%).

Do mesmo modo, no que se refere à avaliação da QdV das sobreviventes de cancro da mama, a investigação tem evidenciado resultados pouco consensuais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QdV é definida como a *“perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto do sistema de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL-Group, 1994, p.28). A maioria dos estudos aponta para uma boa QdV geral, alguns anos após o diagnóstico de cancro da mama (Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004, 2007; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2002; Tomich & Helgeson, 2002), sendo por vezes comparável (Dorval et al., 1998; Helgeson & Tomich, 2005; Tomich & Helgeson, 2002; Kornblith et al., 2003) ou mesmo superior (Peuckmann et al., 2007) à QdV de mulheres sem história pessoal de doença oncológica. No entanto, apesar da QdV das sobreviventes a longo prazo poder ser, em muitos casos, relativamente boa, não há dúvida que muitas sobreviventes ainda experienciam queixas substanciais, como resultado do cancro ou do seu tratamento. Alguns estudos referem que determinados domínios específicos da QdV podem estar comprometidos nesta população. As sobreviventes podem apresentar dificuldades nos domínios físico, como consequência da presença de alguns sintomas como a dor, a perda de sensibilidade, o linfedema do braço (Bloom et al., 2004; Dorval et al., 1998; Dow, Ferrell, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1996; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1998), a fadiga (Bower et al., 2000; Carver, 2005; Dow et al., 1996), a infertilidade (Dow et al., 1996), as alterações na vida sexual (Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004; Cimprich, Ronis, & Martinez-Ramos, 2002; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2002; Kornblith et al., 2003), as mudanças hormonais e os sintomas decorrentes da menopausa induzida pelos tratamentos (Bloom et al., 2004). Este último é referido como a principal causa das alterações na vida sexual da mulher sobrevivente de cancro da mama, nomeadamente a falta de desejo e interesse na atividade sexual, incapacidade de relaxar durante a atividade sexual, dificuldade em sentir prazer e atingir o orgasmo

(Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004). Do mesmo modo, o domínio social também se pode encontrar comprometido nesta população, em virtude do funcionamento sexual mais pobre (Ashing-Giwa et al., 1999) e da redução no desempenho dos papéis familiares, sociais e profissionais (Holzner et al., 2001). No que se refere ao domínio psicológico da QdV, a questão do medo de recidiva (de recorrência ou de progressão da doença) (Dow et al., 1996; Herschbach et al., 2004), as alterações na imagem corporal (Dow et al., 1996), a incerteza e preocupação relativamente ao futuro (Bloom et al., 2004; Dow et al., 1996; Tomich & Helgeson, 2002) e a presença de sintomas depressivos e ansiosos (Bloom et al., 2004; Dow et al., 1996) também têm sido referidos como problemáticas sentidas nesta população constituindo alterações psicológicas comuns que afetam a QdV da sobrevivente de cancro da mama. Numa revisão de literatura, Mols e colaboradores (2005) evidenciaram que as alterações na vida sexual e o linfedema do braço são as problemáticas mais frequentemente mencionadas pelas sobreviventes. Especificamente, as sobreviventes com linfedema do braço apresentam elevada incapacidade global, experienciam uma pior QdV e um aumento do sofrimento psicológico (Pyszel, Malyszczak, Pyszel, Andrzejak, & Szuba, 2006). Desta forma, atualmente, existe um incentivo na literatura para se efetuarem mais estudos e dirigir a atenção ao período de sobrevivência a longo prazo, nomeadamente ao impacto do cancro da mama na QdV e às reações psicossociais que lhe estão associadas (Tomich & Helgeson, 2002).

Por outro lado, alguns estudos têm debruçado a sua atenção sobre o papel de algumas variáveis envolvidas no ajustamento psicossocial, nomeadamente a espiritualidade (Hoffmann, Müller, & Rubin, 2006; Kandasamy, Chaturvedi, & Desai, 2011; Romero et al., 2006), o apoio social (Andreu et al., 2011; Applebaum et al., 2014; Hoffmann et al., 2006) e o otimismo (Applebaum et al., 2014; Lam et al., 2013). A investigação nesta área tem focado variáveis que promovem a resiliência psicológica, ou a capacidade de continuar a funcionar normalmente, ou mesmo de forma otimizada logo após um evento traumático (Bonanno, 2004; Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude, & Elfström, 2012; Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011). Esta literatura, relativa às variáveis associadas à resiliência, também se estende ao campo da psico-oncologia, onde a resiliência tem sido associada à diminuição de sintomas psiquiátricos e à melhoria da QdV em pacientes com cancro (Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood, 2011; Mays et al., 2011; Schrier et al., 2012; Wu, Sheen, Shu, Chang, & Hsiao, 2013). Especificamente o otimismo, que se refere ao grau no qual se espera experiências positivas no futuro (Scheier & Carver, 1985), é uma variável que têm recebido uma atenção crescente no sentido de estar associada positivamente com o bem-estar psicológico e com a QdV (Applebaum et al., 2014; Lam et al., 2013) e negativamente com o *distress*, nomeadamente, a depressão (Horney et al., 2011; Miller, Manne, Taylor, Keates, & Dougherty, 1996). Esta relação é válida tanto na população em geral, quanto nos pacientes

cl clinicamente doentes em geral (Scheier & Carver, 1992) e nos pacientes oncológicos (Deimling et al., 2002). Por sua vez, o pessimismo está positivamente associado a uma pior QdV relacionada com a saúde (Petersen et al., 2008) e ao aumento da ansiedade e da depressão (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik, & Kåresen, 2004). Analogamente, o otimismo parece ser preditivo de ajustamento psicológico em doentes de cancro da mama, em fase ativa de tratamento (Bardwell et al., 2006; Carver et al., 1994) e em sobreviventes de cancro da mama (Carver et al., 2005; Carver, Smith, Petronis, & Antoni, 2006; Schou et al., 2004). Halstead e Fernsler (1994), num estudo realizado com sobreviventes de longa duração, encontraram que a maioria revela ser otimista.

No cancro da mama avançado, são poucos os estudos que analisaram a prevalência da depressão nas mulheres que se encontram nesta fase da doença e os resultados são muito heterogéneos. Desta forma, estas questões relativas à prevalência de sintomatologia depressiva e de perturbação depressiva entre os pacientes com cancro em estadio avançado permanecem, em grande medida, sem resposta (Block, 2001). São poucos os estudos realizados com pacientes com cancro da mama avançado e os resultados são inconsistentes; a maioria dos estudos são transversais e variam em relação à seleção dos participantes e aos instrumentos utilizados (Rabkin, McElhiney, Moran, Acree, & Folkman, 2009). Ainda assim, em conjunto, os estudos indicam que esta população apresenta uma prevalência de depressão elevada, parecendo ser mais afetada por esta sintomatologia que as pacientes com cancro da mama noutros estadios da doença (Caplette-Gingras & Savard, 2008; Massie, 2004). Num estudo de Grabsch e colaboradores (2006), com 227 mulheres com cancro da mama avançado, 42% das participantes apresentaram um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, sendo que 35,7% destas tinham depressão, ansiedade, ou ambos. Diagnósticos específicos de depressão *minor* foram encontrados em 25,6% das doentes, e depressão *major* em 7%, para além de perturbação de ansiedade em 6,2% das mulheres. Analogamente, no estudo de Mosher e DuHamel (2012), os resultados apontaram para uma prevalência elevada de sofrimento psicológico, onde 60% das 173 pacientes com cancro da mama metastizado revelaram sintomatologia ansiosa e depressiva significativa.

Na verdade, são vários os fatores de risco que podem contribuir para o aumento da probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos no cancro da mama avançado, entre os quais os fatores médicos (a gravidade da doença, os sintomas físicos e psicofisiológicos e os tratamentos realizados), os fatores sociodemográficos (idade, nível socioeconómico, escolaridade e estado civil) e, por fim, os fatores psicossociais (apoio social, estratégias de *coping* e antecedentes pessoais de história psiquiátrica, nomeadamente ansiedade e depressão) (Caplette-Gingras & Savard, 2008). De salientar que a progressão da doença para um estado terminal pode estar associada ao aumento do *distress* psicológico (Butler et al., 2003; Hopwood, Howell, & Maguire, 1991; Ramirez et al., 1993). Os estudos desenvolvidos até ao

momento sugerem que deve ser dada especial atenção às mulheres que apresentem determinadas características, nomeadamente, metástases viscerais, sintomas físicos graves, apoio social reduzido e antecedentes de depressão, uma vez que são referidos como fatores de maior risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos no cancro da mama avançado (Greenberg, 2004). De ressaltar que a depressão não só tem um impacto negativo na QdV (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008), como também reduz a adesão ao tratamento médico e prolonga o internamento (Breitbart, 1995; Bui, Ostir, Kuo, Freeman & Goodwin, 2005; Lloyd-Williams, Shiels, Taylor, & Dennis, 2009; Pelletier, Verhoef, Khatri, & Hagen, 2002; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund, & Dahl, 2000).

No cancro avançado, o curso da doença é progressivo, de modo que a QdV dos pacientes é suscetível de ser comprometida pelos desafios associados à doença, nomeadamente os desafios médicos, os interpessoais e os psicológicos e existenciais (Taylor-Ford, 2014). No que se refere aos desafios médicos, além dos tradicionais tratamentos utilizados no cancro da mama (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia), outros fatores fazem do tratamento do cancro avançado particularmente desafiador (Peppercorn et al., 2011; Taylor-Ford, 2014): os tratamentos são frequentemente não-curativos, visando o retardar da progressão da doença e/ou reduzir a carga dos sintomas (Low, Beran, & Stanton, 2007; O'Shaughnessy, 2005; Taylor-Ford, 2014); a eficácia e disponibilidade dos tratamentos são limitadas, sendo que os doentes podem receber o tratamento através de ensaios clínicos (*American Cancer Society*, 2014; Taylor-Ford, 2014); os tratamentos podem ser fisicamente exigentes, sendo que a dor (Van den Beuken-van Everdingen et al., 2007) e a fadiga (Aranda et al., 2005) são os efeitos colaterais mais comuns no cancro avançado e interferem significativamente com o funcionamento diário do paciente. Quando a doença progride, podem ser administrados vários regimes de tratamento, onde os objetivos do tratamento mudam e os tratamentos podem deixar de serem eficazes (Peppercorn et al., 2011; Taylor-Ford, 2014). Como resultado, os pacientes podem tomar decisões difíceis sobre o tratamento, incluindo a decisão de interromper o tratamento médico por completo (Gaston & Mitchell, 2005; Krakoff, 1991). Esta decisão pode ser tomada tendo em consideração múltiplos fatores incluindo o impacto que os tratamentos futuros terão na sua QdV remanescente, o tempo de vida restante e a probabilidade do tratamento ser eficaz (Peppercorn et al., 2011; Taylor-Ford, 2014). No que concerne aos desafios psicológicos, alguns aspetos tornam esta fase da doença desafiadora, nomeadamente o medo da dor e do sofrimento físico (Aranda et al., 2005; Taylor-Ford, 2014), a sensação de incerteza (Murray et al., 2007; Taylor-Ford, 2014), o medo da morte (Taylor-Ford, 2014) e a perda de esperança (McClement & Chochinov, 2008; Taylor-Ford, 2014). Os pacientes com doença avançada podem, ainda, albergar preocupações existenciais, designadamente a luta pela manutenção da (auto) identidade, a procura de um sentido/significado, o viver uma vida com propósito, a aceitação, a fé e

a espiritualidade, a dignidade, e/ou o desejo de paz no final de vida (Taylor-Ford, 2014). Quanto aos desafios interpessoais, a função física prejudicada, os efeitos secundários relacionados com o tratamento, os tratamentos médicos prolongados e o reduzido bem-estar emocional podem deixar pouco espaço para outras atividades e contribuir para o isolamento social do paciente (Taylor-Ford, 2014).

Apesar de serem poucos os estudos com pacientes com cancro da mama avançado, a maioria referencia a presença de sofrimento psicológico nesta população. Contudo, alguns estudos têm verificado também reduzido *distress* emocional na população com cancro da mama avançado. Estes achados podem ser explicados pela presença de outras variáveis que promovem a resiliência psicológica, que são alvo de estudo tanto nos doentes com cancro em fase ativa de tratamento, nos sobreviventes como também nos doentes com cancro em fase avançada da doença. Num estudo realizado por Applebaum e colaboradores (2014), com pacientes com cancro avançado, foi encontrada uma associação entre o otimismo com o *distress* emocional e a QdV, onde níveis mais elevados de otimismo foram significativamente associados a menos sintomas ansiosos e depressivos e melhor QdV. Similarmente, num estudo realizado por Lam e colaboradores (2013), verificou-se que a maioria das mulheres do estudo apresentou níveis reduzidos de ansiedade e depressão, que, por sua vez, revelaram níveis elevados de otimismo. Há evidência de que a manutenção de uma atitude geral otimista pode estar associada à redução da sintomatologia ansiosa e depressiva e ao aumento da qualidade de fim-de-vida entre os pacientes com doença avançada (Winterling et al., 2006).

O presente estudo tem como objetivo investigar as reações psicossociais que podem estar presentes nas mulheres com cancro da mama em estadió avançado da doença, nomeadamente o *distress* emocional, a qualidade de vida e o otimismo e comparar com as mulheres sobreviventes de cancro da mama.

Método

Participantes

A amostra deste estudo caracteriza-se por ser uma amostra por conveniência, sendo constituída por 40 mulheres com cancro da mama, distribuídas por dois grupos distintos, 20 com cancro da mama, em estadió avançado (estadió IV, com metastização) e 20 sobreviventes de cancro de mama. O grupo de sobreviventes estudadas é constituído apenas por mulheres livres de doença há pelo menos um ano e que não se encontram no momento presente a realizar tratamentos (à exceção da terapêutica hormonal), ou seja, que receberam um diagnóstico de cancro da mama e que já terminaram a fase ativa de tratamentos. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram os seguintes, para além da necessidade de se encontrarem nos estádios previamente referidos de

cancro da mama: terem pelo menos 18 anos de idade e aceitarem colaborar no estudo, saberem ler e escrever na língua Portuguesa. Os critérios de exclusão passaram pela presença de perturbações psiquiátricas graves; perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool; distúrbios cognitivos e outras condições que poderiam interferir com a compreensão e resposta às questões do protocolo de investigação.

O grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama foi constituído por 20 participantes, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos ($M=49,80$; $DP = 8,134$). A maioria das participantes deste grupo é casada (65%) e têm o 3º ciclo (40%). Em relação às categorias profissionais, tendo em consideração a Classificação Nacional de Profissões do INE de 2010, a maior percentagem pertence ao grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (30%), sendo que a maioria está desempregada (35%) (ver Quadro 1). No que respeita ao número de anos de diagnóstico, a maioria recebeu o diagnóstico há 3-4 anos (30%) e observou-se que o meio de detecção mais utilizado foi o autoexame realizado pela própria (50%). Quanto ao estadio da doença, a maioria encontrou-se no estadio I (45%). No que se refere ao tipo de cirurgia, 55% das mulheres realizou cirurgia conservadora da mama e 35% realizou mastectomia, sendo que, das 7 mulheres que realizaram mastectomia, apenas 4 realizou reconstrução mamária. Quanto aos outros tratamentos realizados, 35% das mulheres realizou esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares, 80% realizou quimioterapia, 90% efetuou radioterapia e 70% realizou hormonoterapia, sendo que 60% das mulheres ainda se encontram a realizar, atualmente, hormonoterapia. No que concerne aos antecedentes familiares, 75% das mulheres não apresentaram antecedentes familiares de cancro da mama. No que se refere aos antecedentes psiquiátricos pessoais, a maioria (50%) relatou a presença de episódio(s) depressivo(s) anterior(es) ao diagnóstico de cancro da mama, sendo que a maioria das mulheres tem atualmente acompanhamento psicológico/psiquiátrico (85%), sendo a sintomatologia depressiva o problema atual mais encontrado (40%) (ver Quadro 2).

O grupo das mulheres com cancro da mama avançado foi igualmente constituído por 20 participantes, com idades compreendidas entre os 34 e os 65 anos ($M=50,20$; $DP= 10,456$). A maioria das participantes deste grupo é casada (70%) e têm o 1º ciclo (30%). Em relação às categorias profissionais, a maior percentagem pertence ao grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (30%), sendo que a maioria está reformada (35%) (ver Quadro 1). No que respeita ao número de anos de diagnóstico, a maioria recebeu o diagnóstico há mais de 5 anos (45%) e o meio de detecção mais utilizado foi o autoexame realizado pela própria (65%). Quanto ao estadio da doença, todas se encontravam no estadio IV (100%), sendo que a maioria apresentava metastização óssea (70%). No que se refere ao tipo de cirurgia, a maioria das mulheres deste grupo realizou mastectomia (70%), sendo que 30% realizou reconstrução mamária. Quanto aos restantes tratamentos, a maioria das mulheres realizou esvaziamento dos

gânglios linfáticos axilares (80%), quimioterapia (100%), radioterapia (75%) e hormonoterapia (85%). Todas as mulheres deste grupo ainda se encontram a realizar tratamentos, sendo que a maioria realiza quimioterapia (50%). Quanto aos antecedentes familiares, 75% das mulheres não apresentaram antecedentes familiares de cancro da mama. No que se refere aos antecedentes psiquiátricos pessoais, a maioria (75%) relatou ausência de antecedentes anteriores ao diagnóstico de cancro da mama, sendo que a maioria das mulheres tem atualmente acompanhamento psicológico/psiquiátrico (55%). Das mulheres que atualmente têm acompanhamento psicológico/psiquiátrico, a sintomatologia depressiva é o problema atual mais apontado (40%) (ver Quadro 2).

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica dos dois grupos amostrais.

Variáveis sociodemográficas	Sobreviventes		Cancro Avançado	
	n=20		n=20	
	Média	DP	Média	DP
Idade	49,80	8,134	50,20	10,456
Número de Filhos	1,40	0,883	1,26	0,993
	n(%)		n(%)	
Estado Civil				
Solteira	---		4 (20)	
União de Fato	3 (15)		1 (5)	
Casada	13 (65)		14 (70)	
Divorciada	3 (15)		---	
Viúva	1(5)		---	
S/informação	---		1 (5)	
Habilitações Literárias				
1-4º ano	3 (15)		6 (30)	
5-6º ano	---		3 (15)	
7-9º ano	8 (40)		3 (15)	
10-12º ano	5 (25)		3 (15)	
Formação Universitária	3 (15)		4 (20)	
S/ informação	1 (5)		1 (5)	
Situação Profissional				
Ativa	6 (30)		2 (10)	

Desempregada	7 (35)	4 (20)
Reformada	2 (10)	7 (35)
Baixa	4 (20)	4 (20)
Outro	1 (5)	3 (15)
Categoria Profissional		
2	3 (15)	3 (15)
3	1 (5)	1 (5)
4	3 (15)	4 (20)
5	3 (15)	6 (30)
7	6 (30)	2 (10)
9	4 (20)	4 (20)

Nota: DP- desvio-padrão; 2- Especialistas das actividades intelectuais e científicas; 3- Técnicos e profissões de nível intermédio; 4- Pessoal administrativo; 5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores; 7- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 9- Trabalhadores não qualificados.

Quadro 2

Caracterização clínica dos dois grupos amostrais.

Variáveis clínicas	Sobreviventes	Cancro Avançado
	n=20	n=20
	n(%)	n(%)
Tempo decorrido após o diagnóstico		
7-12 meses	---	2 (10)
13-24 meses	2 (10)	2 (10)
2-3 anos	5 (25)	2 (10)
3-4 anos	6 (30)	4 (20)
4-5 anos	3 (15)	1 (5)
≥5 anos	4 (20)	9 (45)
Meio de Detecção		
Auto-exame pela própria	10 (50)	13 (65)
Exame/palpação realizado pelo médico em consulta de rotina	8 (40)	7 (35)
Exames de Rastreio solicitados pelo médico (sem detecção anterior)	1 (5)	---
S/ informação	1 (5)	---

Tipo de Cirurgia		
Não realizou (CC ou mastectomia)	2 (10)	3 (15)
CC	11 (55)	3 (15)
Mastectomia	7 (35)	9 (45)
Mastectomia dupla	---	1 (5)
CC + Mastectomia	---	4 (20)
Não realizou reconstrução mamária	3 (15)	8 (40)
Reconstrução mamária diferida	4 (20)	3 (15)
Reconstrução mamária imediata	---	3 (15)
Tipo de Tratamento		
Esvaziamento dos Gânglios Linfáticos Axilares	7 (35)	16 (80)
Quimioterapia	16 (80)	20 (100)
Radioterapia	18 (90)	15 (75)
Hormonoterapia	14 (70)	17 (85)
Término dos Tratamentos		
Sim	8 (40)	0 (0)
Não	12 (60)	20 (100)
Antecedentes Familiares com Cancro da Mama		
Sim	5 (25)	5 (25)
Não	15 (75)	15 (75)
Antecedentes Psiquiátricos Pessoais		
Ausência	9 (45)	15 (75)
Episódio(s) depressivo(s)	10 (50)	5 (25)
Perturbação Distímica	1 (5)	---
Atualmente com Acompanhamento Psic./Psiq.		
Ausência	3 (15)	9 (45)
Sintomatologia Depressiva	8 (40)	8 (40)
Sintomatologia Ansiosa	4 (20)	---
Sintomatologia Depressiva + Ansiosa	5 (25)	3 (15)
Nota: CC- Cirurgia Conservadora; QT- Quimioterapia; RT- Radioterapia; HT- Hormonoterapia.		

Instrumentos

Para a presente investigação foram definidas as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (*distress* emocional, qualidade de vida e otimismo). Para a seleção dos instrumentos foi tida em conta a sua adequação para avaliação das variáveis em estudo, a sua estrutura e a sua

utilização ao nível nacional e internacional. Quanto aos instrumentos aplicados, utilizou-se: um questionário sociodemográfico e clínico, a *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007), o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão Portuguesa de Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30; Aaronson et al., 1993, versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) e o *Life Orientation Test Revised* (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; versão Portuguesa de Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006). Foram contactados os autores dos questionários utilizados, no sentido de recolher informação sobre a sua validade e cotação dos instrumentos, bem como, obter autorização para a sua utilização. Os autores contactados forneceram autorização através do contacto via correio eletrónico (Anexo A).

Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (ver Anexo B) foi desenvolvido para este estudo. De entre as variáveis sociodemográficas destacam-se a idade, as habilitações literárias, a profissão e situação profissional, o estado civil e o número de filhos. As variáveis clínicas estudadas foram a data do diagnóstico (número de anos desde o diagnóstico), o estadió da doença, o tipo de tratamentos realizados, a fase atual da doença, os antecedentes familiares de cancro da mama e os antecedentes pessoais de doença psiquiátrica.

Hospital Anxiety Depression Scale

A avaliação do *distress* psicológico, no que se refere ao estudo da presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, foi realizada a partir da versão Portuguesa da *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983, versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007) (ver Anexo C). Este instrumento é constituído por 14 itens, divididos por duas subescalas, dos quais 7 avaliam a ansiedade (HADS-A) e 7 avaliam a depressão (HADS-D). Os números ímpares avaliam a ansiedade e os números pares pretendem avaliar a depressão, permitindo avaliar a sintomatologia na semana precedente. Cada item é respondido de acordo com uma escala *Likert* com 4 pontos, que varia entre 0 (menor gravidade) e 3 (maior gravidade), com um total possível de 0 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior o sofrimento psicológico, ou seja, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de gravidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0 e 7 significa ausência de sintomatologia (“normal”), de 8 a 10 a sintomatologia é considerada “leve”, se variar entre 11 e 14 a sintomatologia é “moderada”, e se situar entre 15 e 21 é revelador de sintomatologia “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Recorre-se ao 11 como ponto de corte entre a

presença ou ausência de sintomatologia (Snaith, 2003). O autor sugere que um valor igual ou superior a 11 é indicativo da provável presença de uma perturbação de humor (“*caseness*”) e um valor entre 8 e 10 é apenas sugestivo da presença do respectivo estado (Snaith, 2003). Relativamente às qualidades psicométricas, o estudo original apresenta correlações entre .41 e .76 na subescala de ansiedade e entre .30 e .60 na subescala de depressão. Na versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007) não se registaram alterações relativamente à forma original, tendo apresentado propriedades psicométricas semelhantes, com valores adequados de consistência interna, nomeadamente um alfa de *Cronbach* de .76 para a subescala de ansiedade e .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar da validação Portuguesa não a ter avaliado com doentes oncológicos, as correlações que variaram entre .43 e .75 permitiram concluir que este instrumento avalia os estados e não os traços dos doentes, considerando-se, portanto, um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2007). Como os sintomas de ansiedade e depressão podem ser um resultado dos problemas físicos ou conduzir aos mesmos problemas, os itens foram construídos para que não constituíssem manifestações de problemas físicos (Snaith, 2003). Ambas as subescalas também apresentaram uma consistência interna adequada na presente investigação: HADS-A $\alpha=.89$; e HADS-D $\alpha=.74$.

Patient Health Questionnaire-9

Ainda no âmbito da avaliação do *distress* emocional, avaliou-se a sintomatologia depressiva a partir da versão Portuguesa do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; versão Portuguesa: Torres et al., 2013) (Anexo D). O PHQ-9 é um instrumento constituído por um subconjunto de 9 itens da versão completa do PHQ. O PHQ-9 é baseado diretamente nos 9 critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major* do DSM-IV-TR. Este instrumento permite avaliar os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos (Torres et al., 2013). Cada item é respondido de acordo com uma escala *Likert* com 4 pontos, que varia de “0” (nunca) a “3” (quase todos os dias). A pontuação do PHQ-9 pode variar de 0 a 27, com valores elevados estando relacionados com uma maior gravidade da depressão (Kroenke et al., 2001). O questionário também inclui um item final onde é pedido aos pacientes, que se sentiram incomodados por algum dos problemas referidos nos 9 itens, que respondam à questão: “Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?” Este último item é respondido numa escala que apresenta as seguintes opções: “nenhuma dificuldade”, “pouca dificuldade”, “muita dificuldade” e “extrema dificuldade”. Os resultados para a gravidade são classificados de forma que: de 0 a 5 se considera ausência de sintomas; de 6 a 9, sintomatologia leve; de 10 a 14, sintomatologia moderada; de 15 a

19, sintomatologia moderada a severa, e maiores que 20, sintomatologia severa (Kroenke et al., 2001). Em relação às características psicométricas, o estudo original revelou uma consistência interna excelente, com um alfa de Chronbach de .89 no “*PHQ Primary Care Study*” e .86 no “*PHQ Obstetric-Gynaecological Study*” (Kroenke et al., 2001). O estudo de validação para a população Portuguesa, numa amostra de mulheres com cancro da mama, revelou boas características psicométricas, nomeadamente consistência interna adequada (alfa de Cronbach de .86) e confiabilidade do teste-reteste (coeficiente de correlação de .87) (Torres et al., 2013), sendo também o mesmo evidente na presente investigação, $\alpha=.85$.

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30

Para avaliar a QdV foi utilizada a versão Portuguesa do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30; Aaronson et al., 1993, versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2008) (Anexo E). O EORTC QLQ-C30 é um questionário de auto-relato desenvolvido para avaliar a QdV relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. É constituído por 30 questões, divididas por diferentes escalas: 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papéis), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), 1 escala de avaliação da condição global (saúde/QdV global) e 6 escalas de um único item (6 itens isolados/únicos) que se destinam a avaliar sintomas adicionais normalmente relatados por doentes com cancro (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). A maioria dos itens é avaliada por uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), com a exceção dos dois itens da subescala de Saúde/QdV global, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” é ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada indicando uma melhor QdV. Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde/QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão original da EORTC QLQ C-30 apresentou valores de alfa das escalas a variar entre .54 e .86 (Aaronson et al., 1993). A versão Portuguesa apresentou propriedades semelhantes à versão original, com um alfa de *Cronbach* para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes subescalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os valores obtidos de correlação entre as duas

aplicações do instrumento foram moderados, entre .16 e .31 para as subescalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da QdV (Pais-Ribeiro et al., 2008). Na presente investigação, as subescalas também apresentaram uma consistência interna adequada, com um alfa de *Cronbach* para a subescala de Saúde e QdV Global de .90 e valores a variar entre .92 e .93 para as restantes subescalas.

Life Orientation Test Revised

Para recolher informação relativa ao otimismo disposicional recorreu-se à versão Portuguesa do *Life Orientation Test – Revised* (LOT-R; Scheier et al., 1994, versão Portuguesa de Monteiro et al., 2006) (anexo F). O LOT-R é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar o construto de otimismo disposicional. É constituído por 10 itens numa escala de resposta *Likert* de 5 pontos que vai desde 0 (“discordo muito”) a 4 (“concordo muito”), sendo que 3 destes itens estão formulados positivamente (1, 4, 10), 3 de modo negativo (3, 7, 9) e 4 são neutros (2, 5, 6, 8). Os itens neutros (itens distratores) não têm como objetivo avaliar o otimismo disposicional, pelo que não devem ser incluídos na análise de dados. Na análise de dados, os valores dos itens formulados de modo negativo deverão ser invertidos, de forma que uma maior nota global no teste corresponda a um maior índice de otimismo disposicional. Os estudos psicométricos realizados na versão original revelaram níveis adequados de consistência interna (alfa de *Cronbach* de .78) e de estabilidade temporal (coeficientes teste-reteste entre .56 e .79) (Scheier et al., 1994). Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.66. Na presente investigação, verificou-se um alfa de *Cronbach* de .77.

Procedimentos

Os dados foram recolhidos no Centro Hospitalar de São João, no Porto, com o consentimento da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João e do Diretor do Serviço do Centro de Mama (Anexo G). Foi solicitado às participantes a sua participação no estudo e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Inicialmente foi distribuído um documento com a descrição do estudo (Anexo H) e clarificadas quaisquer dúvidas e, de seguida, cada participante assinou o consentimento informado (Anexo I), tendo assim início a sua participação no estudo através do preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e dos instrumentos para a avaliação das variáveis psicossociais. O procedimento de acesso e solicitação de colaboração das participantes, bem como, de aplicação dos questionários foi estabelecido em conjunto com a equipa de profissionais que acompanham clinicamente as doentes. A recolha de dados decorreu em apenas um momento, presencialmente. O tratamento ético das participantes foi

salvaguardado nesta investigação com base nas orientações da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), da *American Psychological Association* (APA, 2010) e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011).

Depois da administração dos questionários, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores e a análise estatística foi efetuada com recurso ao programa informático *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Dadas as características da amostra (número reduzido de participantes) e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas. Com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias, desvios-padrão e medianas) relativas às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais dos grupos. Com o intuito de testar a equivalência dos grupos (sobreviventes e cancro da mama avançado) utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (U) para amostras independentes, para as variáveis escalares (contínuas) e o teste do qui-quadrado (χ^2) para as variáveis nominais (categóricas). Para analisar a representatividade da nossa amostra utilizou-se o Teste-t de uma amostra. No sentido de se avaliar a existência de diferenças entre os dois grupos (sobrevivência vs doença avançada), ao nível das variáveis psicossociais (*distress* emocional, QdV e otimismo), utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para amostras independentes. A fim de se estudar a relação entre as variáveis psicossociais, nomeadamente o *distress* emocional, a QdV e o otimismo foram realizadas análises de correlação de Spearman. A mesma correlação foi aplicada para se testar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o *distress* emocional, para as variáveis escalares (idade). Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (U) para a variável antecedentes psiquiátricos pessoais e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis estado civil e nível de escolaridade. Para calcular o tamanho do efeito (r) utilizou-se o valor de z na seguinte fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Field, 2009). De acordo com Cohen (1988) os valores de .10, .24 e .37 são considerados tamanhos do efeito pequenos, médios e elevados, respetivamente. Para calcular o coeficiente de determinação das correlações de Spearman (R^2) foi utilizado o quadrado da correlação (Field, 2009). Utilizou como referência um nível de significância de $p \leq 0.05$.

Resultados

Em relação à equivalência dos dois grupos da amostra, foi possível verificar que não diferem ao nível das variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o número de filhos, o estado civil, as habilitações literárias, a categoria e a situação profissional. Desta forma, os dois grupos amostrais mostraram-se homogéneos quanto às variáveis sociodemográficas. No que

concerne às variáveis clínicas, os dois grupos diferem significativamente nas seguintes variáveis: estadio, $\chi^2(4, N=38)=38.00$, $p=.000$; tipo de cirurgia, $\chi^2(3, N=35)=9.80$, $p=.020$; realização de esvaziamento axilar, $\chi^2(1, N=39)=9.75$, $p=.002$; realização de quimioterapia, $\chi^2(1, N=40)=4.44$, $p=.035$; término dos tratamentos, $\chi^2(1, N=40)=10.00$, $p=.002$; tratamentos ainda a realizar, $\chi^2(4, N=31)=23.61$, $p=.000$; antecedentes psiquiátricos pessoais, $\chi^2(1, N=40)=3.75$, $p=.053$; e acompanhamento psicológico/psiquiátrico, $\chi^2(1, N=40)=4.29$, $p=.038$.

No sentido de avaliar a representatividade da amostra, comparou-se as médias da amostra do presente estudo com as da população de validação Portuguesa dos instrumentos utilizados. Foi possível verificar que a média de ansiedade do grupo de sobrevivência não difere significativamente da média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da HADS-A; o mesmo se verificou no otimismo e na QdV, onde as médias do grupo sobrevivência não diferiram significativamente das médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas LOT-R e EORTC QLQ C-30, respetivamente. Ao invés, na variável depressão as médias do grupo de sobrevivência foram significativamente superiores às médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas HADS-D ($t(19)=2.62$, $p=.017$) e PHQ-9 ($t(19)=5.05$, $p=.000$). No grupo de doença avançada verificou-se que a média de ansiedade não difere significativamente da média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da HADS-A; o mesmo se verificou na depressão e na QdV, onde as médias do grupo de doença avançada não diferiram significativamente das médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas HADS-D e EORTC QLQ C-30, respetivamente. Ao invés, ainda na variável depressão, a média do grupo de doença avançada foi significativamente superior à média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da escala PHQ-9 ($t(19)=3.68$, $p=.002$). Observou-se também que, ao nível da variável otimismo, a média do grupo de doença avançada foi significativamente superior à média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da LOT-R ($t(19)=3.87$, $p=.001$).

Diferenças ao nível do *distress* emocional, qualidade de vida e otimismo, em função da fase da doença.

Tendo em consideração os resultados obtidos com a HADS, não existem diferenças significativas nos dois grupos ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa. Ao nível do PHQ-9, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram significativamente menos sintomas depressivos ($Mdn=9.00$) do que as mulheres sobreviventes de cancro da mama ($Mdn=14.00$) ($U=127.00$, $Z=-1.98$, $p\leq 0.05$, $r=-.31$). No que concerne à QdV, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram melhor QdV nas subescalas funcionamento emocional e social e pior QdV na subescala funcionamento físico quando comparadas com as sobreviventes, sendo que essas diferenças foram estatisticamente significativas (funcionamento físico: $U=127.00$, $Z=-1.99$, $p\leq 0.05$,

$r=-.31$; funcionamento emocional: $U=119.50$, $Z=-2.19$, $p\leq 0.05$, $r=-.35$; e funcionamento social: $U=127.00$, $Z=-2.06$, $p\leq 0.05$, $r=-.32$). Não se verificaram diferenças significativas nas restantes subescalas da EORTC QLQ C-30. Relativamente ao otimismo, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram um otimismo significativamente mais elevado ($Mdn=16.00$) do que as sobreviventes ($Mdn=12.00$) ($U=95.50$, $Z=-2.84$, $p\leq 0.01$, $r=-.45$) (ver Quadro 3).

Quadro 3

Diferenças nos grupos amostrais, em relação às variáveis psicossociais.

Variáveis Psicossociais	Sobreviventes	Cancro Avançado	Teste U de Mann Whitney		
	Mdn	Mdn	U	Z	r
HADS					
Ansiedade	11.50	9.50	135.00	-1.76	-.28
Depressão	10.00	6.00	141.50	-1.59	-.25
PHQ-9	14.00	9.00	127.00*	-1.98	-.31
EORTC QLQ C-30					
Saúde/QdV global	66.67	66.67	174.50	-.70	-.11
Funcionamento Físico	76.67	53.33	127.00*	-1.99	-.31
Funcionamento de Papel	66.67	66.67	181.00	-.53	-.08
Funcionamento Emocional	37.50	66.67	119.50*	-2.19	-.35
Funcionamento Cognitivo	50.00	66.67	133.00	-1.84	-.29
Funcionamento Social	66.67	91.67	127.00*	-2.06	-.32
Fadiga	50.00	44.44	176.00	-.65	-.10
Dor	33.33	58.33	129.00	-1.74	-.28
Náuseas e vômitos	.00	.00	188.50	-.36	-.06
Dispneia	.00	.00	180.50	-.66	-.10
Insónia	33.33	16.67	142.00	-1.64	-.26
Perda de apetite	33.33	0.00	143.50	-1.71	-.27
Obstipação	16.67	16.67	194.00	-.18	-.03
Diarreia	.00	.00	179.50	-1.07	-.17
Dificuldades financeiras	33.33	33.33	175.00	-.71	-.11
LOT-R	12.00	16.00	95.50**	-2.84	-.45

* $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$, n= número de participantes, Mdn= mediana, U= teste U de Mann Whitney, Z= resultado do teste U de Mann-Whitney para amostras independentes; r= tamanho do efeito.

Relação entre o *distress* psicológico, o otimismo e a qualidade de vida, nos dois grupos amostrais.

No que respeita à relação entre o *distress* emocional e o otimismo, pode-se observar que, no grupo das mulheres sobreviventes, o otimismo apresenta uma correlação negativa significativa com o *distress* emocional, nomeadamente com a HADS-D ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.01$) e com o PHQ-9 ($r_s = -.59$, 34.81%, $p \leq 0.01$). No cancro da mama avançado também se verificou uma correlação negativa significativa entre o otimismo e o *distress* emocional, designadamente com as escalas HADS-A ($r_s = -.61$, 37.21%, $p \leq 0.01$), HADS-D ($r_s = -.63$, 39.69%, $p \leq 0.01$) e com o PHQ-9 ($r_s = -.67$, 44.89%, $p \leq 0.01$) (ver Quadro 4).

Quando se procurou investigar se o otimismo está correlacionado com a QdV, verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre o otimismo e a subescala de avaliação da condição global (saúde/QdV global) no grupo de sobrevivência ($r_s = .60$, 36%, $p \leq 0.01$) e no grupo de cancro da mama avançado ($r_s = .45$, 20.25%, $p \leq 0.05$). Quanto às subescalas funcionais, verificou-se que, nas sobreviventes, o otimismo apresenta uma correlação positiva significativa com o funcionamento físico ($r_s = .61$, 37.21%, $p \leq 0.01$), funcionamento emocional ($r_s = .55$, 30.25%, $p \leq 0.05$) e funcionamento cognitivo ($r_s = .57$, 32.49%, $p \leq 0.01$). No grupo de cancro da mama avançado, verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa entre o otimismo e a subescala de funcionamento emocional ($r_s = .52$, 27.04%, $p \leq 0.05$). No que concerne às subescalas de sintomas, foi possível verificar que o otimismo apresenta uma correlação negativa significativa com as subescalas de fadiga ($r_s = -.47$, 22.09%, $p \leq 0.05$) e de dor ($r_s = -.46$, 21.16%, $p \leq 0.05$), no grupo das mulheres sobreviventes de cancro da mama. No cancro da mama avançado, não se verificaram correlações entre o otimismo e as subescalas de sintomas do QLQ C-30. Por fim, no que se refere às escalas de um único item, foi possível verificar, nas sobreviventes, que o otimismo apresenta uma correlação negativa significativa com a dispneia ($r_s = -.56$, 31.36%, $p \leq 0.05$) e com a perda de apetite ($r_s = -.55$, 30.25%, $p \leq 0.05$). O mesmo não se verificou no grupo de cancro da mama avançado, uma vez que não se verificaram correlações entre as subescalas de um único item do QLQ C-30 e a LOT-R (ver Quadro 4).

Quadro 4

Correlação de Spearman do otimismo com o *distress* emocional e com a QdV.

	Otimismo (LOT-R)	
	Sobreviventes	Cancro Avançado
<i>Distress Emocional</i>		
HADS-A	-.33	-.61**
HADS-D	-.62**	-.63**
PHQ-9	-.59**	-.67**
QdV (EORTC QLQ C-30)		
Saúde/QdV global	.60**	.45*
Funcionamento Físico	.61**	-.22
Funcionamento de Papel	.28	.18
Funcionamento Emocional	.55*	.52*
Funcionamento Cognitivo	.57**	.42
Funcionamento Social	.41	.18
Fadiga	-.47*	-.18
Dor	-.46*	-.10
Náuseas e vômitos	-.12	-.37
Dispneia	-.56*	-.22
Insónia	-.25	-.21
Perda de apetite	-.55*	-.07
Obstipação	-.17	.15
Diarreia	-.30	-.05
Dificuldades financeiras	-.11	-.35

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

Procurou-se ainda estudar se o *distress* emocional está correlacionado com a QdV. No grupo das mulheres sobreviventes, encontraram-se correlações negativas significativas entre a HADS-A e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as escalas de funcionamento físico ($r_s = -.47$, 22.09%, $p \leq 0.05$), emocional ($r_s = -.60$, 36%, $p \leq 0.01$), cognitivo ($r_s = -.56$, 31.36%, $p \leq 0.05$) e social ($r_s = -.57$, 32.49%, $p \leq 0.01$). Por outro lado, encontraram-se correlações positivas significativas entre a HADS-A com algumas subescalas de sintomas e de um único item do QLQ C-30, a saber: fadiga ($r_s = .56$, 31.36%, $p \leq 0.05$), náuseas e vômitos ($r_s = .61$, 37.21%, $p \leq 0.01$), insónia ($r_s = .56$, 31.36%, $p \leq 0.01$) e perda de apetite ($r_s = .53$, 28.09%, $p \leq 0.05$). Nas mulheres com cancro da mama avançado, verificou-se que a HADS-A apresenta uma correlação

negativa significativa com a escala de avaliação da condição global ($r_s = -.48$, 23.04%, $p \leq 0.05$) e as escalas de funcionamento emocional ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.01$) e cognitivo ($r_s = -.51$, 26.01%, $p \leq 0.05$). Por outro lado, encontrou-se uma correlação positiva significativa entre a HADS-A com a subescala de um único item de dificuldades financeiras ($r_s = .73$, 53.29%, $p \leq 0.01$) (ver Quadro 5).

No grupo das mulheres sobreviventes, encontraram-se correlações negativas significativas entre a HADS-D e a subescala de avaliação da condição global ($r_s = -.54$, 29.16%, $p \leq 0.05$) e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as escalas de funcionamento físico ($r_s = -.60$, 36%, $p \leq 0.01$), emocional ($r_s = -.68$, 46.24%, $p \leq 0.01$), cognitivo ($r_s = -.69$, 47.61%, $p \leq 0.01$) e social ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.01$). Encontraram-se também correlações positivas significativas entre a HADS-D e as subescalas de sintomas de fadiga ($r_s = .70$, 49%, $p \leq 0.01$), de dor ($r_s = .53$, 28.09%, $p \leq 0.05$) e de náuseas e vômitos ($r_s = .50$, 25%, $p \leq 0.05$) e com as subescalas de um único item, nomeadamente a escala de dispneia ($r_s = .76$, 57.76%, $p \leq 0.01$), de insónia ($r_s = .47$, 22.09%, $p \leq 0.05$) e de perda de apetite ($r_s = .52$, 27.04%, $p \leq 0.05$). Analogamente, no grupo das mulheres com cancro da mama avançado, encontraram-se correlações negativas significativas entre a HADS-D e a subescala de avaliação da condição global ($r_s = -.48$, 23.04%, $p \leq 0.05$) e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as escalas de funcionamento de papel ($r_s = -.54$, 29.16%, $p \leq 0.05$), emocional ($r_s = -.61$, 37.21%, $p \leq 0.01$) e cognitivo ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.01$) e com a subescala de sintomas de dor ($r_s = .53$, 28.09%, $p \leq 0.05$). Encontraram-se também correlações positivas significativas entre a HADS-D e a subescala de sintomas de fadiga ($r_s = .50$, 25%, $p \leq 0.05$) e com a subescala de um único item, nomeadamente a escala de dificuldades financeiras ($r_s = .58$, 33.64%, $p \leq 0.01$) (ver Quadro 5).

Nas mulheres pertencentes ao grupo da sobrevivência, encontraram-se também correlações negativas significativas entre o PHQ-9 e a subescala de avaliação da condição global ($r_s = -.50$, 25%, $p \leq 0.05$) e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as escalas de funcionamento físico ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.05$), emocional ($r_s = -.69$, 47.61%, $p \leq 0.01$), cognitivo ($r_s = -.76$, 57.76%, $p \leq 0.01$) e social ($r_s = -.55$, 30.25%, $p \leq 0.05$). Encontraram-se também correlações positivas significativas entre o PHQ-9 e as subescalas de dor ($r_s = .59$, 34.81%, $p \leq 0.01$) e de náuseas e vômitos ($r_s = .48$, 23.04%, $p \leq 0.05$) e com as subescalas de um único item, nomeadamente a de dispneia ($r_s = .63$, 39.69%, $p \leq 0.01$), de insónia ($r_s = .68$, 46.24%, $p \leq 0.01$) e de perda de apetite ($r_s = .57$, 32.49%, $p \leq 0.01$). Nas mulheres respeitantes ao grupo de doença avançada, encontraram-se também correlações negativas significativas entre o PHQ-9 e a subescala de avaliação da condição global ($r_s = -.47$, 22.09%, $p \leq 0.05$) e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as escalas de funcionamento emocional ($r_s = -.62$, 38.44%, $p \leq 0.01$) e cognitivo ($r_s = -.59$, 34.81%, $p \leq 0.01$). Encontraram-se também correlações positivas significativas entre o PHQ-9 e a subescala de fadiga ($r_s = .56$, 31.36%, $p \leq 0.05$) e com as subescalas de um único item, nomeadamente a escala

de dispneia ($r_s=.53$, 28.09%, $p\leq 0.05$), de insónia ($r_s=.53$, 28.09%, $p\leq 0.05$) e de dificuldades financeiras ($r_s=.48$, 23.04%, $p\leq 0.05$) (ver Quadro 5).

Quadro 5

Correlação de Spearman entre o *distress* emocional e a QdV.

	HADS-A		HADS-D		PHQ-9	
	Sobrev.	Avanç.	Sobrev.	Avanç.	Sobrev.	Avanç.
QdV (EORTC QLQ C-30)						
Saúde/QdV global	-.33	-.48*	-.54*	-.48*	-.50*	-.47*
Funcionamento Físico	-.47*	-.03	-.60**	-.31	-.62*	-.20
Funcionamento de Papel	-.17	-.22	-.36	-.54*	-.26	-.42
Funcionamento Emocional	-.60**	-.62**	-.68**	-.61**	-.69**	-.62**
Funcionamento Cognitivo	-.56*	-.51*	-.69**	-.62**	-.76**	-.59**
Funcionamento Social	-.57**	-.16	-.62**	-.41	-.55*	-.23
Fadiga	.56*	.26	.70**	.50*	.73	.56*
Dor	.36	.29	-.53*	.53*	.59**	.33
Náuseas e vômitos	.61**	.03	.50*	.15	.48*	.27
Dispneia	.43	.35	.76**	.25	.63**	.53*
Insónia	.56**	.28	.47*	.14	.68**	.53*
Perda de apetite	.53*	.11	.52*	-.07	.57**	.08
Obstipação	.15	.01	.29	-.02	.26	.14
Diarreia	-.08	-.15	.06	.04	-.04	.19
Dificuldades financeiras	.37	.73**	.37	.58**	.22	.48*

* $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$

Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com *distress* emocional

No que respeita ao estudo da relação entre as variáveis sociodemográficas e o *distress* emocional, pode-se observar que, no grupo de sobreviventes, a idade não se correlacionou significativamente com nenhuma escala que avalia o *distress* emocional: HADS-A ($r_s=-.22$, $p=.361$), HADS-D ($r_s=.11$, $p=.642$), PHQ-9 ($r_s=-.17$, $p=.467$). O mesmo se verificou no grupo de doença avançada: HADS-A ($r_s=-.20$, $p=.411$), HADS-D ($r_s=.16$, $p=.508$), PHQ-9 ($r_s=-.09$, $p=.714$).

Em relação ao papel do estado civil (solteira, casada, união de facto, separada, divorciada e viúva) no *distress* emocional, verificou-se que, no grupo de sobrevivência, não existe nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos do estado civil e o *distress* emocional medido através das escalas: HADS-A ($\chi^2(3, N=20)=1.87$, $p=.599$); HADS-D ($\chi^2(3, N=20)=.52$, $p=.914$);

PHQ-9 ($\chi^2(3, N=20)=1.78$, $p=.620$). Foi possível verificar o mesmo no grupo de doença avançada: HADS-A ($\chi^2(2, N=19)=.53$, $p=.766$); HADS-D ($\chi^2(2, N=19)=1.987$, $p=.370$); PHQ-9 ($\chi^2(2, N=19)=1.70$, $p=.427$).

Quando se pretendeu avaliar a existência de uma relação entre o nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, formação universitária) com o *distress* emocional, verificou-se, no grupo de mulheres sobreviventes, uma relação significativa entre os diferentes subgrupos e o *distress* emocional medido através da escala PHQ-9 ($\chi^2(3, N=19)=9.28$, $p\leq 0.05$). Assim, as mulheres com o 3º ano de escolaridade apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva (Mdn=20.50) quando comparadas com as mulheres com formação universitária (Mdn=16.00), com o secundário (Mdn=13.00) e, por último, com o 1º ciclo de escolaridade, que apresentaram menos sintomas depressivos (Mdn=5.00). Nas restantes escalas utilizadas para medir o *distress* emocional não se verificou nenhum efeito significativo: HADS-A ($\chi^2(3, N=19)=6.20$, $p=.102$); HADS-D ($\chi^2(3, N=19)=5.21$, $p=.157$). No grupo de doença avançada, não se encontrou nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos ao nível do *distress* emocional medido através das escalas: HADS-A ($\chi^2(4, N=19)=1.61$, $p=.806$); HADS-D ($\chi^2(4, N=19)=5.20$, $p=.268$); PHQ-9 ($\chi^2(4, N=19)=2.47$, $p=.650$).

No que concerne ao papel dos antecedentes psiquiátricos pessoais no *distress* emocional, pode-se observar que, no grupo de sobrevivência, as mulheres com presença de antecedentes psiquiátricos pessoais, anteriores ao diagnóstico, apresentaram maior sintomatologia depressiva (Mdn=10.00 na HADS-D e Mdn=16.00 no PHQ-9) do que as mulheres sem história psiquiátrica anterior (Mdn=4.00 na HADS-D e Mdn=7.00 no PHQ-9), sendo que as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ao nível das duas escalas: HADS-D ($U=17.50$, $Z=-2.46$, $p\leq 0.05$, $r=-.55$); PHQ-9 ($U=20.50$, $Z=-2.21$, $p\leq 0.05$, $r=-.49$). Na HADS-A não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos ($U=39.00$, $Z=-.80$, $p=.423$). No grupo de doença avançada não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os subgrupos (presença e ausência de antecedentes psiquiátricos pessoais) ao nível do *distress* emocional medido através das três escalas: HADS-A ($U=34.00$, $Z=-.31$, $p=.758$); HADS-D ($U=31.50$, $Z=-.53$, $p=.599$); PHQ-9 ($U=29.50$, $Z=-.70$, $p=.482$).

Discussão

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que os grupos amostrais estudados se mostraram equivalentes quanto às variáveis sociodemográficas, revelando diferenças somente em relação às variáveis clínicas (estadio da doença, tratamentos, antecedentes psiquiátricos pessoais e acompanhamento psicológico/psiquiátrico no presente). Eram de esperar estas diferenças uma vez que os dois grupos amostrais encontravam-se em diferentes fases da doença: sobreviventes de

cancro da mama e mulheres com cancro da mama avançado. Deste modo, o estadio e os tipos de tratamento realizados (ou tratamentos ainda a realizar) seriam diferentes nos dois grupos amostrais. Particularmente, quanto aos antecedentes psiquiátricos pessoais e ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico no presente, estes dois grupos amostrais também mostraram-se heterogéneos nestas variáveis. Também se esperavam estas diferenças, dado que a grande maioria dos dados do grupo das sobreviventes (85%) foram recolhidos no âmbito da consulta de Psicologia do Centro de mama do CHSJ. Pelo contrário, no grupo de mulheres com doença avançada, apenas 55% das mulheres estavam no momento a ter apoio psicológico.

Ao nível das variáveis psicossociais, verificou-se que as médias de ansiedade, de QdV e de otimismo do grupo de sobrevivência não diferiram significativamente das médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas HADS-A, EORTC QLQ C-30 e LOT-R, respetivamente. Desta forma, podemos afirmar com alguma segurança que o grupo de sobrevivência é representativo da população Portuguesa. Ao invés, na variável depressão as médias do grupo de sobrevivência foram significativamente superiores às médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas HADS-D e PHQ-9, o que significa que as sobreviventes do presente estudo encontram-se mais deprimidas, em relação à amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas. Estes resultados podem ser explicados pela forma como foi realizada a seleção das participantes do estudo, dado que a grande maioria dos dados do grupo de sobrevivência foram recolhidos no âmbito da consulta de Psicologia. No grupo de doença avançada foi possível verificar que as médias de ansiedade, depressão e QdV não diferiram significativamente das médias da amostra utilizada para a validação Portuguesa das escalas HADS-A, HADS-D e EORTC QLQ C-30, respetivamente. Ao invés, ainda na variável depressão, a média do grupo de doença avançada foi significativamente superior à média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da escala PHQ-9. Observou-se também que, ao nível da variável otimismo, a média do grupo de doença avançada foi significativamente superior à média da amostra utilizada para a validação Portuguesa da LOT-R, o que significa que as mulheres com doença avançada do presente estudo encontram-se mais otimistas, em relação à amostra utilizada para a validação Portuguesa da escala.

No que se refere às diferenças ao nível das variáveis psicossociais, em função da fase da doença, observou-se que não existem diferenças nos dois grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo em consideração os resultados obtidos com a HADS. Por outro lado, no PHQ-9, as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram menos sintomas depressivos do que as mulheres sobreviventes de cancro da mama. Estes resultados não vão de encontro aos previamente esperados. Apesar de não existirem estudos comparativos anteriores, que sejam do nosso conhecimento, entre as duas fases da doença, no que se refere à incidência de sintomatologia

depressiva, sabe-se que a investigação tem referenciado a presença de níveis normativos de sintomatologia depressiva e ansiosa nas sobreviventes de cancro da mama (Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004, 2007; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2003; Mols et al., 2005; Moreira et al., 2008; Tomich & Helgeson, 2002). Por sua vez, são poucos os estudos que investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres que se encontram em fase avançada da doença, contudo estima-se que esta população apresenta uma prevalência de depressão elevada, parecendo ser mais afetada por esta sintomatologia que as pacientes com cancro da mama noutros estadios da doença (Caplette-Gingras & Savard, 2008; Massie, 2004). Desta forma, era esperado que as sobreviventes apresentassem menos sintomatologia depressiva quando comparadas com as mulheres com doença avançada. Todavia, parte da literatura mostra que as sobreviventes de cancro da mama apresentam um risco aumentado de depressão (entre 22% a 30%), quando comparadas com mulheres com doenças benignas da mama (menos de 10%) (Massie, 2004). Moreira e colaboradores (2008) referem ainda que, apesar da maioria das sobreviventes apresentar um bom ajustamento psicológico, uma parte desta população apresenta dificuldades significativas de adaptação a esta fase. Estes achados, juntamente com os nossos resultados, foram encontrados em diferentes estudos. No estudo de Kim e colaboradores (2008), verificou-se que 24,9% das sobreviventes relataram sintomatologia depressiva moderada a grave. No estudo de Vahdaninia, Omidvari e Montazeri (2010), aos 18 meses de *follow-up*, 38,4% e 22,2% das pacientes com cancro da mama, apresentaram ansiedade severa e depressão, respetivamente. Da mesma forma, nos estudos de Burgess e colaboradores (2005) e Andreu e colaboradores (2011), cerca de 15% e 17% das sobreviventes, respetivamente, apresentaram sofrimento psicológico significativo. Nos estudos de Fallowfield e colaboradores (1990), Deimling e colaboradores (2002) e Mehnert e Koch (2008), cerca de 20% e 40% apresentaram sofrimento psicológico significativo. Como hipóteses explicativas para os resultados obtidos no grupo de doença avançada apontam-se a presença de outras variáveis que promovem a resiliência psicológica (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2011, 2012), nomeadamente a espiritualidade (Hoffmann et al., 2006; Kandasamy et al., 2011; Romero et al., 2006), o apoio social (Andreu et al., 2011; Applebaum et al., 2014; Hoffmann et al., 2006) e o otimismo (Applebaum et al., 2014; Lam et al., 2013). No presente estudo foi tido em atenção o estudo do otimismo e os resultados obtidos com a LOT-R podem explicar o fato das mulheres com cancro da mama avançado apresentarem menos *distress* emocional em relação às sobreviventes, uma vez que pontuaram mais na escala LOT-R, ou seja, mostraram-se significativamente mais otimistas. De salientar que os dois grupos amostrais mostraram-se heterogéneos quanto aos antecedentes psiquiátricos pessoais e ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico no presente. A maioria dos dados do grupo das sobreviventes (85%) foram recolhidos no âmbito da consulta de Psicologia e,

por sua vez, no grupo de mulheres com doença avançada, apenas 55% estavam no momento a ter apoio psicológico. Este fato pode também explicar os resultados obtidos, em que as sobreviventes apresentaram mais psicopatologia do que as mulheres com cancro da mama avançado.

No que concerne à QdV, os resultados obtidos mostraram que as mulheres com cancro da mama avançado apresentaram melhor QdV nas subescalas funcionamento emocional e social quando comparadas com as sobreviventes. Estes resultados também não eram os esperados, contudo podem ser explicados pelos achados encontrados acima, uma vez que o otimismo, enquanto variável de resiliência, tem sido associado com a diminuição de sintomas psiquiátricos como também a melhoria da QdV em pacientes com cancro (Applebaum et al., 2014; Deimling et al., 2002; Horney et al., 2011; Lam et al., 2013; Loprinzi et al., 2011; Mays et al., 2011; Miller et al., 1996; Schrier et al., 2012; Scheier & Carver, 1992; Wu et al., 2013). Por outro lado, as mulheres com doença avançada apresentaram pior QdV na subescala funcionamento físico em relação às sobreviventes. Eram esperados os resultados obtidos nesta subescala, uma vez que a literatura refere que as mulheres com cancro avançado apresentam um comprometimento significativo no domínio físico (Taylor-Ford, 2014). Por sua vez, a investigação também refere que alguns domínios da QdV podem estar comprometidos nas sobreviventes (Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004; Bower et al., 2000; Carver, 2005; Cimprich et al., 2002; Dorval et al., 1998; Dow et al., 1996; Ferrell et al., 1998; Ganz et al., 2002; Kornblith et al., 2003), apesar da maioria dos estudos apontam para uma boa QdV geral, alguns anos após o diagnóstico de cancro da mama (Ashing-Giwa et al., 1999; Bloom et al., 2004, 2007; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2002; Tomich & Helgeson, 2002). Deste modo, era de esperar que as mulheres com cancro da mama avançado apresentassem pior QdV na subescala funcionamento físico em relação às sobreviventes.

Devido aos achados encontrados na literatura, nomeadamente a relação entre o *distress* emocional e a QdV com variáveis que promovem a resiliência, como é exemplo do otimismo, entendemos ser pertinente o estudo da relação entre estas três variáveis. Quanto à relação entre o otimismo e o *distress* emocional, verificou-se que, em ambos os grupos amostrais, o otimismo apresentou uma correlação negativa com o *distress* emocional. Por sua vez, o otimismo apresentou uma correlação positiva com a saúde/QdV global. Os resultados obtidos vão de encontro à literatura consultada, onde o otimismo é referido como uma variável que parece estar associada positivamente com o bem-estar psicológico e com a QdV (Applebaum et al. 2014; Lam et al., 2013) e negativamente, com a depressão (Horney et al., 2011; Miller et al., 1996).

No que se refere à relação entre o *distress* emocional e a QdV verificou-se que, em ambos os grupos amostrais, o *distress* emocional apresentou uma correlação negativa significativa com a subescala saúde/QdV global e com algumas subescalas funcionais e uma correlação positiva significativa com algumas subescalas de sintomas e de um único item do QLQ C-30. Era

esperado este resultado, uma vez que a literatura aponta no sentido de a depressão ter um impacto negativo na QdV em pacientes com cancro da mama (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008). Muitos estudos têm demonstrado que a presença de depressão e sintomas depressivos diminui claramente a QdV das doentes com cancro da mama (Breitbart, 1995; Bui et al., 2005; Lloyd-Williams et al., 2009; Pelletier et al., 2002; Reich et al., 2008; Skarstein et al., 2000). Nos estudos de Weitzner, Meyers, Stuebing e Saleeba (1997) e Deshields, Tibbs, Fan, e Taylor (2006) verificamos esta associação. No estudo de Weitzner e colaboradores (1997), com sobreviventes de longo prazo de cancro da mama, verificou-se que níveis mais elevados de *distress* emocional foram correlacionados com menores pontuações de QdV em quase todos os domínios. No estudo de Deshields e colaboradores (2006), com 84 mulheres com cancro da mama, foi avaliada a depressão 3 e 6 meses após a conclusão do tratamento. Os resultados mostraram que 61% das mulheres nunca apresentaram sintomas depressivos e por sua vez, apresentaram melhor QdV; 4% das mulheres apresentaram sintomatologia depressiva e pior QdV; 9% das participantes melhoraram a sintomatologia depressiva após o término dos tratamentos e, por conseguinte, melhoraram a QdV; 12% permaneceram com sintomas depressivos após o fim do tratamento e apresentaram pior QdV; por fim, 14% das mulheres apresentaram oscilações de sintomatologia depressiva e pior QdV. Os resultados do estudo de Deshields e colaboradores (2006), juntamente com os achados do presente estudo, podem significar que o tratamento do cancro da mama pode ser difícil para as mulheres, que podem desenvolver diferentes padrões de depressão que, por sua vez, podem piorar a sua QdV.

A literatura aponta diferentes fatores de risco que podem contribuir para o aumento da probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos no cancro da mama, nomeadamente os fatores sociodemográficos (idade, escolaridade e estado civil) e psicossociais (antecedentes pessoais de história psiquiátrica, nomeadamente ansiedade e depressão) (Caplette-Gingras & Savard, 2008). Por esse motivo, consideramos pertinente estudar algumas variáveis no sentido de perceber a relação delas com o *distress* emocional. Ao nível das variáveis sociodemográficas, evidenciou-se não existir correlação entre a variável idade e o *distress* emocional, em ambos os grupos amostrais. Este resultado não vai de encontro aos resultados previamente esperados. A literatura refere que, nas sobreviventes, a idade parece ter um papel relevante, na medida em que as mulheres mais jovens apresentam um pior ajustamento quando comparadas com mulheres mais velhas (Cimprich et al., 2002). O mesmo foi verificado nos estudos de Burgess e colaboradores (2005) e Mehnert e Koch (2008), onde a idade mais jovem foi preditora de maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa nas sobreviventes com cancro da mama. Analogamente, no cancro avançado, a maioria dos estudos sugere que os jovens adultos apresentam um risco aumentado de desenvolver sintomatologia depressiva quando comparados com aqueles que são mais velhos (Caplette-Gingras & Savard, 2008). Por exemplo, num estudo de Kissane e

colaboradores (2004) verificou-se uma associação significativa entre a idade mais jovem e a depressão entre mulheres com cancro da mama avançado. Por outro lado, no estudo de Mosher e DuHamel (2012), o *distress* psicológico não foi associado com a idade. Estes resultados vão de encontro aos encontrados no presente estudo. Em suma, são vários os estudos que investigam o papel das variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade no *distress* emocional, em diferentes tipos de cancro e em diferentes fases da doença. Por exemplo, no estudo de Parker, Baile, Moor e Cohen (2003), com pacientes com diferentes tipos de cancro, verificou-se que os pacientes mais velhos revelam menores níveis de ansiedade e depressão. No estudo de Wong-Kim e Bloom (2005), com mulheres recém-diagnosticados com cancro da mama, verificou-se que, as mulheres jovens apresentaram maior dificuldade de adaptação ao diagnóstico de cancro da mama, revelando maiores níveis de *distress*, em comparação com as mulheres mais velhas. Podemos nesta medida afirmar que, a idade mais jovem parece ser preditora de maior *distress* psicológico, nos diferentes tipos de cancro, incluindo o cancro da mama, e em diferentes fases da doença, inclusivamente a sobrevivência e a fase avançada da doença, ainda que o nosso estudo não suporte esta conclusão.

Em relação ao papel do estado civil no *distress* emocional, verificou-se não existir um efeito significativo entre os diferentes subgrupos do estado civil e o *distress* emocional, em ambos os grupos amostrais. Os nossos resultados não vão de encontro a parte da literatura. A investigação refere que as pessoas casadas ou que vivem com um parceiro parecem apresentar menos sintomas depressivos do que as pessoas solteiras, separadas ou divorciadas (Parker et al., 2003). Por sua vez, Wong-Kim e Bloom (2005) não observaram esse papel protetor, o que vai de encontro aos achados do presente estudo. Apontamos como hipótese explicativa para os resultados obtidos a reduzida qualidade de relacionamento entre o casal. Num estudo realizado por Shapiro e colaboradores (2001) observou-se uma relação significativa entre a qualidade do relacionamento do casal e a QdV entre as mulheres com cancro da mama. Coloca-se, assim, a hipótese de que a perceção de apoio emocional recebido é um fator preditivo mais importante do que o estado civil (Caplette-Gingras & Savard, 2008). A qualidade conjugal tem sido identificada como um fator fundamental na QdV em mulheres com cancro da mama (Zahlis & Shands, 1991). Por exemplo, a perceção do suporte social adequado tem sido associado com melhores indicadores psicossociais (ansiedade, depressão e saúde mental em geral) entre pacientes de diferentes tipos de cancro e em diferentes fases da doença (Parker et al., 2003).

Quando se pretendeu avaliar a existência de uma relação entre o nível de escolaridade e o *distress* emocional, verificou-se, no grupo de mulheres sobreviventes, uma relação significativa entre os diferentes subgrupos e o *distress* emocional. Assim, as mulheres com o 3º ano de escolaridade apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva quando comparadas com as mulheres com formação universitária, com o secundário e, por último, com o 1º ciclo de

escolaridade, que apresentaram menos sintomas depressivos. No grupo de doença avançada não se encontrou nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos ao nível do *distress* emocional. Os nossos resultados, à exceção do 1º ciclo, vão de encontro a parte da literatura, que tem referido que um maior nível de escolaridade pode prevenir o desenvolvimento de depressão em pacientes com cancro (Stommel, Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2004). No entanto, essa relação não foi observada por alguns autores (Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi, 2005; Parker et al., 2003).

No que concerne ao papel dos antecedentes psiquiátricos pessoais no *distress* emocional, pode-se observar que, no grupo de sobrevivência, as mulheres com presença de antecedentes psiquiátricos pessoais, anteriores ao diagnóstico, apresentaram maior sintomatologia depressiva do que as mulheres sem história psiquiátrica anterior. No grupo de doença avançada não se verificaram diferenças significativas entre ambos os subgrupos (presença e ausência de antecedentes psiquiátricos pessoais) ao nível do *distress* emocional. Parte dos resultados vão de encontro aos previamente esperados. A investigação refere que os pacientes com história pessoal de depressão apresentam maior risco de desenvolvimento de sintomas depressivos na sequência de um diagnóstico de cancro (Meyer, Sinnott, & Seed, 2003; Plumb & Holland, 1981; Potash & Breitbart, 2002). Nas mulheres com cancro da mama metastizado, alguns investigadores têm observado esta relação. Nos estudos de Kissane e colaboradores (2004) e Okamura e colaboradores (2005), a presença prévia de história de depressão foi associada com a presença de depressão *major* atual. No entanto, noutras investigações não se verificou esta relação (Ramirez et al., 1993), o que vai de encontro a parte dos resultados encontrados no presente estudo.

Como limitações do presente estudo importa referir as que se prendem com a amostra utilizada. Algumas mulheres encontravam-se a frequentar consultas de Psicologia, no momento da avaliação, o que pode constituir um enviesamento dos resultados. De salientar que as sobreviventes foram o grupo com maior percentagem de mulheres a frequentar estas consultas (85%), ao contrário do grupo de mulheres com doença avançada, do qual apenas 55% das mulheres estavam no momento a ter apoio psicológico. Desta forma, os dois grupos não se encontravam nas mesmas condições/contexto, aquando a avaliação. O tamanho da amostra também constituiu uma limitação importante, já que foram consideradas apenas 40 participantes e seleccionadas exclusivamente de um hospital, sendo que se caracterizou por ser uma amostra constituída por conveniência, o que não permite generalizar os resultados obtidos. Outro aspeto limitativo é o fato de não se ter tido em conta a subfase da doença em que se encontravam as mulheres com cancro da mama avançado, no momento da avaliação, ou seja, podiam ter recebido o diagnóstico recentemente ou encontrarem-se numa fase mais avançada, ou até mesmo em fase final de vida. Por fim, consideramos o facto da utilização de um delineamento transversal uma limitação do presente estudo, uma vez que torna

difícil a identificação de alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa.

São poucos os estudos que têm incluído participantes que se encontram com cancro em estadio avançado (Helgeson, 2005). Assim, o conhecimento sobre como os pacientes experienciam a progressão da doença é limitado e torna-se importante investigar esta área para melhor compreender e apoiar as mulheres com cancro da mama avançado. Este trabalho vem, então, contribuir para a diminuição de uma lacuna de investigação na área do cancro avançado, que tem vindo a ser identificada a nível nacional e internacional. Particularmente em Portugal, este trabalho é ainda mais relevante, pois, que seja do nosso conhecimento, não se têm realizado estudos empíricos que investigam esta população. Este estudo vem, então, contribuir para os conhecimentos na área da psico-oncologia, tanto ao nível da investigação, como ao nível da prática clínica, uma vez que ao focarmos a nossa investigação no estudo dos aspetos psicossociais da doença oncológica avançada, podemos, no futuro, direcionar as intervenções psicológicas às necessidades específicas encontradas. Ao nível da sobrevivência, os achados do presente trabalho corroboram outros estudos onde se tem verificado a presença de sofrimento emocional e alterações na QdV nesta população. Assim, este estudo vem destacar que as sobreviventes ainda necessitam de intervenção e que deve ser dada especial atenção a esta população. De salientar que, em Portugal, foram realizados estudos, na Universidade de Aveiro, com sobreviventes de cancro da mama, ao nível de programas de intervenção psicológica e respetiva avaliação (preliminar) da sua eficácia (Araújo, 2011; Gonçalves, 2012; Pinto, 2012; Lima, 2014; Torres, 2014). Desta forma, a implementação de programas de intervenção e a avaliação da sua eficácia, em sobreviventes de cancro da mama, tem sido objeto de estudo a nível nacional.

Em investigações futuras sugerimos o prosseguimento do estudo das mulheres com cancro da mama avançado, pois, como referido acima, os estudos desenvolvidos com esta população são escassos e os resultados são inconsistentes, tanto ao nível internacional, mas particularmente em Portugal. Assim, esta população deverá continuar a ser objeto de estudo no futuro, com vista a testar a generalização dos resultados obtidos. Da mesma forma, consideramos importante estudar o cancro da mama avançado em combinação com outras variáveis psicossociais, tais como as estratégias de *coping*, a esperança/desesperança, a resiliência, o crescimento pós-traumático, a espiritualidade, a imagem corporal, a sobrecarga familiar, o suporte social (percebido) e o desejo de apressar a morte. Consideramos também oportuno a realização de estudos que avaliem o efeito da idade, do estado civil e da qualidade da relação entre o casal nas variáveis acima citadas, em mulheres com cancro da mama na fase de sobrevivência e de doença avançada, dada a inconsistência encontrada no presente estudo e nos diferentes estudos revistos. De igual modo, julgamos pertinente a realização de estudos longitudinais, uma vez que a maioria dos estudos com

mulheres com cancro da mama avançado é transversal e desta forma não são realizadas avaliações em diversos momentos da progressão da doença, para assim ser possível estabelecer uma relação de causalidade entre alguns dos fatores de risco e o *distress* emocional. Igualmente, como sugestão para estudos futuros, consideramos essencial a utilização de uma forma de seleção da amostra mais uniforme, para ambos os grupos, uma vez que no presente estudo a amostra foi constituída por conveniência. De salientar que os resultados do atual estudo são preliminares, sendo que mais estudos devem ser concebidos com esta população.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- American Cancer Society. (2014). *Advanced cancer*. Retirado em: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003082-pdf.pdf>
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington (DC): American Psychological Association.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S., & Murgui, S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: prevalence and risk factors. *Psychology & health*, 27(1), 72-87.
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299-306.
- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Yates, P., Milne, D., Faulkner, R., & Voudouris, N. (2005). Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *European journal of cancer care*, 14(3), 211-222.
- Araújo, F. (2011). *Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/6240>.
- Ashing-Giwa, K., Ganz, P. A., & Petersen, L. (1999). Quality of life of African-American and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 85(2), 418-426.
- Bardwell, W.A., Natarajan, L., Dimsdale, J.E., Rock, C.L., Mortimer, J.E, Hollenbach, K., & Pierce, J.P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2420–2427.
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Breast cancer mortality trend in Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20(2), 139-44.

- Block, S. D. (2001). Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *Jama*, 285(22), 2898-2905.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.
- Bloom, J. R., Kang, S. H., Petersen, D. M., & Stewart, S. L. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In *Handbook of Cancer Survivorship*, Fuerstein M (Ed.) (pp. 43-65). Springer: New York.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 57(3), 236-247.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-743.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive care in cancer*, 3(1), 45-60.
- Bui, Q. U. T., Ostir, G. V., Kuo, Y. F., Freeman, J., & Goodwin, J. S. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89(1), 23-28.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Butler, L. D., Koopman, C., Cordova, M. J., Garlan, R. W., DiMiceli, S., & Spiegel, D. (2003). Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 65(3), 416-426.

- Caplette-Gingras, A., & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 377-387.
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104(11), 2602-2607.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. ... Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-20.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, 10(2), 85-93.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F. & Shaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-oncology*, 11(6), 479-494.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 398-406.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 487-494.

- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 39(3), 261-273.
- Fallowfield, L. J. (1995). Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncologica*, 34(5), 689-694.
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G.P. & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301, 575–580.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D.M. (2004). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Lyon: IARC Cancer Base N° 5, version 2.0, IARC Press.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12), 2893-2917.
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B. M., Otis-Green, S. A., & Garcia, N. J. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncology Nursing Forum*, 25(5), 887-895.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1(1), 5-7.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Gaston, C. M., & Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 61, 2252–2264.
- George, F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 61-63.

- Glińska, J., Adamska, E., Lewandowska, M., & Kobos, J. (2012). Evaluation of the psychological state of patients with advanced cancer and the impact of support on their emotional condition. *Contemporary Oncology*, 16(6), 563-568.
- Gonçalves, D. (2012). *Terapia psico-educativa em mulheres sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/9850>.
- Grabsch, B., Clarke, D., Love, A., McKenzie, D., Snyder, R., Bloch, S., ... & Kissane, D. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative & Supportive care*, 4(1), 47-56.
- Greenberg, D.B. (2004). Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 127-135.
- Halstead, M. T., & Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), 94-100.
- Helgeson, V. S. (2005). Recent advances in psychosocial oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 268-271.
- Helgeson, V. S. & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511.
- Hoffmann, F. S, Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 14(2): 143-150.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Scheweigkofler, H., Dunser, M., et al. (2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients - Not Enough Attention for Long-Term Survivors. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Hopwood, P., Howell, A., & Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64(2), 349-352.

- Horney, D. J., Smith, H. E., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. D. (2011). Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & neck*, 33(1), 65-71.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69-90.
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian journal of cancer*, 48(1), 55-59.
- Kim, S. H., Son, B. H., Hwang, S. Y., Han, W., Yang, J. H., Lee, S., & Yun, Y. H. (2008). Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of pain and symptom management*, 35(6), 644-655.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *The Medical Journal of Australia*, 169(4), 192-196.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320-326.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., ... & Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679-689.
- Krakoff, I. H. (1991). Cessation of treatment in advanced cancer. *Cancer*, 67(6), 1817-1819.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal General Internal Medicine*, 16(6), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lam, W. W. T., Soong, I., Yau, T. K., Wong, K. Y., Tsang, J., Yeo, W., ... & Fielding, R. (2013). The evolution of psychological distress trajectories in women diagnosed with advanced breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2831-2839.
- Lima, M. (2014). *Intervenção psicoeducativa em sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/14156>.

- Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Taylor, F., & Dennis, M. (2009). Depression - an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *Journal of affective disorders*, 113(1), 127-132.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.
- Low, C., Beran, T., & Stanton, A. (2007). Adaptation in the face of advanced cancer. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 211–228). New York, NY: Springer.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Mays, D., Black, J. D., Mosher, R. B., Heinly, A., Shad, A. T., & Tercyak, K. P. (2011). Efficacy of the Survivor Health and Resilience Education (SHARE) program to improve bone health behaviors among adolescent survivors of childhood cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 91-98.
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1169-1174.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 383-391.
- Meyer, H. M., Sinnott, C., & Seed, P. T. (2003). Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliative medicine*, 17(7), 604-607.
- Miller, D. L., Manne, S. L., Taylor, K., Keates, J., & Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(2), 115-130.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer*, 41(17), 2613-2619.

- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 1-31.
- Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A., & Silva, C. F. (2008). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural do Life Orientation Test - Revised numa amostra de estudantes universitários. In A. P. Noronha, C. Machado, S. Martins, & V. Ramalho, Actas da XVIII Conferência Internacional de Avaliação psicológica: Formas e Contextos. [CD-ROM]. Braga: Psiquilibrios.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mosher, C. E., & DuHamel, K. N. (2012). An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21(1), 100-107.
- Murray, S. A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of pain and symptom management*, 34(4), 393-402.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35(6), 302-309.
- O'Shaughnessy, J. (2005). Extending survival with chemotherapy in metastatic breast cancer. *The Oncologist*, 10(3), 20-29.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193.

- Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of neuro-oncology*, 57(1), 41-49.
- Peppercorn, J. M., Smith, T. J., Helft, P. R., DeBono, D. J., Berry, S. R., Wollins, D. S., ... & Schnipper, L. E. (2011). American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(6), 755-760.
- Petersen, L. R., Clark, M. M., Novotny, P., Kung, S., Sloan, J. A., Patten, C. A., ... & Colligan, R. C. (2008). Relationship of optimism–pessimism and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 26(4), 15-32.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., et al. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46.
- Pinto, A. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/9853>.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56.
- Potash, M., & Breitbart, W. (2002). Affective disorders in advanced cancer. *Hematology/oncology clinics of North America*, 16(3), 671-700.
- Plumb, M., & Holland, J. (1981). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 43(3), 243-254.
- Pyszel, A., Malyszczak, K., Pyszel, K., Andrzejak, R., & Szuba, A. (2006). Disability, psychological distress and quality of life in breast cancer survivors with arm lymphedema. *Lymphology*, 39(4), 185-192.
- Rabkin, J. G., McElhiney, M., Moran, P., Acree, M., & Folkman, S. (2009). Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 18(1), 79-86.

- Ramirez, A. J., Pinder, K. L., Black, M. E., Richards, M. A., Gregory, W. M., & Rubens, R. D. (1993). Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29(4), 524-527.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17.
- Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K. R. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320.
- Schrier, M., Amital, D., Arnson, Y., Rubinow, A., Altaman, A., Nissenbaum, B., & Amital, H. (2012). Association of fibromyalgia characteristics in patients with non-metastatic breast cancer and the protective role of resilience. *Rheumatology international*, 32(10), 3017-3023.
- Schwarz, R., Krauss, O., Höckel, M., Meyer, A., Zenger, M., & Hinz, A. (2008). The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care*, 3(6), 417-422.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 501-519.

- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. C. S. P. (2009). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, 28-42.
- Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1-4.
- Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*, 23(6), 564.
- Taylor-Ford, M. (2014). Clinical Considerations for Working with Patients with Advanced Cancer. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 21(3), 201-213.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology*, 11(2), 154-169.
- Torres, A. (2014). A terapia de grupo na doença oncológica (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/12938>.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. & Albuquerque, E. (2013). Preliminary psychometric characteristics of the Portuguese version of Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of Portuguese breast cancer women. [Abstract] *European Psychiatry*, 28(1), 1.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 355-361.

- Van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., De Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology*, 18(9), 1437-1449.
- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Stuebing, K. K., & Saleeba, A. K. (1997). Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy. *Supportive Care in Cancer*, 5(3), 241-248.
- WHOQOL-Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Winterling, J., Wasteson, E., Sidenvall, B., Sidenvall, E., Glimelius, B., Sjöden, P. O., & Nordin, K. (2006). Relevance of philosophy of life and optimism for psychological distress among individuals in a stage where death is approaching. *Supportive care in cancer*, 14(4), 310-319.
- Wong-Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(7), 564-573
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284(23), 3043-3045.
- Wu, L. M., Sheen, J. M., Shu, H. L., Chang, S. C., & Hsiao, C. C. (2013). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 158-166.
- Zahlis, E. H., & Shands, M. E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75-93.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexos

Anexo A - Pedido de autorização formal para a utilização das escalas

Pedido de autorização formal para a utilização da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)

De: José Luís Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

Enviada: Sexta-feira, 06 de Fevereiro de 2015, 08:11

Para: Filipa Silva (fdls@ua.pt)

Cara colega

Não me oponho à utilização da versão Portuguesa do HADS que traduzi e estudei para a população Portuguesa. Os itens do questionário e os dados de validação estão no artigo de referência a que consegue aceder na sua faculdade

Cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Filipa Silva (fdls@ua.pt)

Enviada: Quinta-feira, 05 de Fevereiro de 2015, 14:27

Para: José Luís Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

Assunto: Autorização para aplicação da “Hospital Anxiety and Depression Scale”

Boa tarde Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro,

Sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, da Universidade de Aveiro.

No âmbito do trabalho de investigação (tese), a realizar para a obtenção do grau de mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Torres (Universidade de Aveiro), venho por este meio solicitar autorização formal para aplicação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS).

Ficava igualmente agradecida se me pudesse enviar a escala (versão Portuguesa).

Aguardo resposta, com alguma urgência.

Atempadamente grata pela disponibilidade,

Com os melhores cumprimentos,

Filipa Silva

**Pedido de autorização formal para a utilização do *Life Orientation Test – Revised*
(LOT-R)**

De: Sara Monteiro (smonteiro@ua.pt)

Enviada: Quarta-feira, 18 de Fevereiro de 2015, 16:31

Para: Filipa Silva (fdls@ua.pt)

Boa tarde,

Peço desde já desculpa pelo atraso na resposta.

Conforme solicitado, envio em anexo a escala LOT-R, como anexo ao artigo de validação da mesma, tendo a minha permissão para a utilizarem na vossa apresentação.

A referência do artigo é a seguinte:

Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A., & Silva, C. F. (2008). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural do Life Orientation Test - Revised numa amostra de estudantes universitários. In A. P. Noronha, C. Machado, S. Martins, & V. Ramalho, Actas da XVIII Conferência Internacional de Avaliação psicológica: Formas e Contextos. [CD ROM].

Braga: Psiquilibrios.

Estou disponível para mais informações.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Monteiro

Sara Otília Marques Monteiro

Prof. Auxiliar Convidada / Assistant Professor

Psicóloga / Psychologist (Céd. OPP nº4830)

Univ. de Aveiro / Univ. of Aveiro.

Dep. de Educação / Dep. of Education.

Campus Universitário de Santiago. 3810-193 Aveiro, Portugal.

Tel. / Phone: (+351) 234 370 353

De: Filipa Silva (fdls@ua.pt)

Enviada: Sábado, 07 de Fevereiro de 2015, 16:11

Para: Sara Monteiro (smonteiro@ua.pt)

Assunto: Autorização para aplicação do Life Orientation Test – Revised

Boa tarde professora Sara,

Sou a Filipa Daniela Silva, do 2º ano de Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, a realizar atualmente a tese, sob a orientação da Professora Ana Torres. No âmbito da minha tese, vou ter como objetivo de estudo estudar o otimismo, distress psicológico e QdV no cancro avançado, a decorrer no Centro Hospitalar de São João. Como me informei que a professora Sara foi uma das responsáveis pela validação da escala LOT-R (ou TOV-R), venho assim pedir autorização formal para a utilização da mesma, bem como pedir a escala integral e o artigo com a validação!

Aguardo resposta e agradeço atempadamente a disponibilidade.

Cumprimentos,

Filipa Silva

Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

(A preencher pelo investigador responsável)

A. Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____ Nacionalidade: _____
2. Habilitações Literárias:
Sem escolaridade ☐ 1-4º ano ☐ 5-6º ano ☐ 7-9º ano ☐ 10-12º ano ☐
Formação Universitária ☐ Formação Pós-graduada ☐ Outro: _____
3. Profissão: _____
4. Situação Profissional:
Ativa ☐ Desempregada ☐ Reformada ☐ Baixa ☐ Outra: _____
5. Estado Civil:
Solteira ☐ Casada ☐ União de Facto ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐
6. Filhos: _____

B. Questionário Clínico:

1. Fase da doença atual:
Diagnóstico ☐ Tratamento ☐ Sobrevivência* ☐ Recidiva ☐ Avançada/terminal ☐
* livres de doença há pelo menos um ano e que não se encontram no momento presente a realizar tratamentos (à exceção da Terapêutica Hormonal)
2. Data do diagnóstico / Número de anos de diagnóstico: _____
3. Como foi detetado o cancro da mama:
Auto-exame da mama (pela própria) ☐ Exame/palpação realizado pelo médico (rotina) ☐
Exames de Rastreio solicitados pelo médico (sem detecção anterior) ☐ Rastreio ☐
Outro: _____

4. Estadio do cancro da mama:

Estadio 0 ☐ Estadio I ☐ Estadio II ☐ Estadio III ☐ Estadio IV ☐

5. Tratamentos Realizados:

Mastectomia ☐ Mastectomia dupla ☐ Cirurgia Conservadora ☐ Quimioterapia ☐

Radioterapia ☐ Esvaziamento Axilar ☐ Hormonoterapia ☐

Reconstrução Mamária Diferida ☐ Reconstrução Mamária Imediata ☐

6. Já terminou o último tratamento? Sim ____ Não ____

6.1. Se não, quais os tratamentos que ainda se encontra a realizar? _____

7. Este foi o primeiro diagnóstico de cancro da mama? Sim ____ Não ____

8. Antecedentes familiares com o diagnóstico de cancro da mama? Sim ____ Não ____

8.1. Se sim, qual o grau de parentesco? _____

9. Tem ou teve outra doença física relevante? Sim ____ Não ____

9.1. Se sim, qual (quais)? _____

10. Antecedentes psiquiátricos pessoais (anteriores ao diagnóstico)? Sim ____ Não ____

10.1. Se sim, qual (quais)? _____

10.2. Tomou medicação? Sim ____ Não ____

10.2.1. Se sim, qual (quais)? _____

11. Atualmente tem acompanhamento psicológico/ psiquiátrico? Sim ____ Não ____

11.1. Se sim, desde quando? Antes do diagnóstico ☐ Depois do diagnóstico ☐

11.2. Qual o problema atual? _____

11.3. Atualmente toma medicação? Sim ____ Não ____

11.4. Se sim, qual (quais)? _____

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007)

Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Questionário de Saúde do Paciente

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013)

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotação Total = ____ + ____ + ____ + ____				

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade

☐

Pouca Dificuldade

☐

Muita Dificuldade

☐

Extrema Dificuldade

☐

Anexo E - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life
Questionnaire Core-30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria

Anexo F - Life Orientation Test - Revised

Teste de Orientação de Vida – Revisto

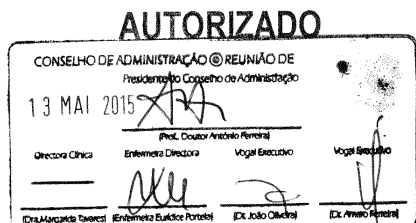
Life Orientation Test - Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006)

Instruções: Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. **Responda de acordo com aquilo que pensa, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder.** Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	Discordo muito	Discordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo muito
1. Em momentos de incerteza, espero sempre o melhor.					
2. Para mim, é fácil relaxar.					
3. Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá.					
4. Sou sempre otimista em relação ao meu futuro.					
5. Gosto muito dos meus amigos.					
6. É importante para mim manter-me ocupado.					
7. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero.					
8. Não me preocupo muito facilmente.					
9. Raramente espero que coisas boas me aconteçam.					
10. Em geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más.					

Anexo G - Parecer da Comissão de Ética

CEs 275-14



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Filipa Daniela Lourenço da Silva

Título do projecto de investigação: Reações psicossociais no cancro da mama avançado.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) Centro de Mama do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 8 / Dezembro / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Filipa Silva



Comissão de Ética para a Saúde – Centro Hospitalar São João

Parecer

Título do Projecto: Reacções psicossociais no cancro da mama avançado.

Nome do Investigador Principal: Filipa Daniela Lourenço da Silva

Local onde sera realizado o estudo: Centro da Mama – CHSJ, havendo autorização do respectivo Coordenador para a realização do mesmo. Apresenta Declaração de Elo de Ligação.

Objectivo do estudo:

- Estudar os aspectos psicossociais presentes nas mulheres com cancro da mama avançado.

Período previsto de conclusão: Junho 2015

Benefício / Risco: N/A

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito do ensaio: Prevê-se a obtenção do consentimento informado, complementado por um suporte de informação escrita para os participantes, que refere os objectivos do estudo, os riscos/benefícios, bem como a liberdade em participar.

Confidencialidade dos dados: está garantida a confidencialidade dos dados e esta informação será restrita aos investigadores.

A Investigadora Principal dispõe de competência técnica e científica para a realização do estudo.



Prevê a realização de questionários. *No entanto, os mesmos devem ser anonimizados.*

Custos: O estudo não prevê custos acrescidos para a instituição.

Parecer: Em face da análise do protocolo de estudo, proponho a sua aprovação pela CES do CHSJ, após resposta à questão em *itálico*.

Porto, CHSJ, 14 de dezembro de 2014

O Relator

Dr. John Preto

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)
 NÃO ☒
 NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Filipe Danielle Lourenço da Silva,
 abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 6 / Dezembro / 2014

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Filipe Silva

O Investigador Principal

Prof. Doutor Filipe Almeida
 Presidente da Comissão de Ética

2014.12.16
 PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

emitido na reunião plenária da CES

de

Entendido que foram um esclarecimento e esclarecimento prestado pelo investigador

A Comissão de Ética para a Saúde
 APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2015.03.31

Filipe Almeida
 Prof. Doutor Filipe Almeida
 Presidente da Comissão de Ética

Anexo H - Informação ao Participante

Informação ao Participante

O estudo de investigação a que a convidamos a participar pretende estudar as alterações psicossociais das mulheres em diferentes fases de cancro da mama.

No sentido de perceber e avaliar as possíveis alterações psicossociais que sucedem ao diagnóstico de cancro de mama, encontra-se em curso, no Centro de Mama do Centro hospitalar de S. João E. P. E., um trabalho de investigação com o tema: “Reações Psicossociais no Cancro de Mama”.

Assim, pedimos a sua colaboração através do preenchimento de algumas escalas de avaliação.

Toda a recolha de dados será efetuada no Centro de Mama e em dia que coincida com as suas consultas neste Hospital de forma a não lhe causar transtornos ou custos adicionais. Os dados recolhidos através dos questionários preenchidos serão utilizados no trabalho de mestrado da Psicóloga Filipa Silva, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

A sua colaboração é voluntária e a qualquer momento poderá desistir da sua participação. Refere-se ainda que não se conhecem quaisquer riscos ou prejuízos para as participantes deste tipo de estudo.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética deste Centro Hospitalar.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Alterações psicossociais das mulheres em diferentes fases de cancro da mama.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / ____ / 20____

Assinatura do(a) participante: _____

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____